

KLINISCHE MULTIMODALE GEDRAGSTHERAPIE

VERKENNEND ONDERZOEK NAAR EFFEKT, PROCES EN
VOORSPELLENDE FAKTOREN BIJ CHRONISCHE FOBIEËN EN
DWANGNEUROSEN

INPATIENT MULTIMODAL BEHAVIOUR THERAPY

EXPLORATORY RESEARCH ON OUTCOME, PROCESS AND
PREDICTIVE FACTORS WITH CHRONIC PHOBICS AND
OBSESSIVE-COMPULSIVES

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR IN DE
GENEESKUNDE
AAN DE ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS
PROF. DR. M. W. VAN HOF
EN VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DEKANEN.
DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATSVINDEN OP
WOENSDAG 29 FEBRUARI 1984
TE 15.45 UUR

DOOR

GIM THAY MAURITS KWEE
GEBOREN TE BATAVIA (NED. INDIË)



SWETS & ZEITLINGER

LISSE
1984

Promotor: Prof. Dr. J. H. Thiel

CIP-GEGEVENS

Kwee, Gim Thay Maurits

Klinische multimodale gedragstherapie : verkennend onderzoek naar effect, proces en voorspellende factoren bij chronische fobieën en dwangneurosen / Gim Thay Maurits Kwee. - Lisse : Swets & Zeitlinger. - Ill.

Proefschrift Rotterdam. - Met lit. opg. - Met samenvatting in het Engels.

ISBN 90-265-0530-2

SISO 607.33 UDC 615.85:616.85

Trefw. : gedragstherapie.

Omslagontwerp H. Veltman

Gedrukt bij Offsetdrukkerij Kanters B.V., Alblasserdam

Copyright 1984 M. G. T. Kwee en Swets & Zeitlinger B.V., Lisse

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

ISBN 90 265 0530 2

Aan Petra,
Juliette, Melissa en Danny

Dit onderzoek kwam tot stand mede dankzij financiële steun van Het Sint Joris Gasthuis (Algemeen directeur : Drs. C.Th.A.M. van Huygevoort).

INHOUD

- TEN GELEIDE		
- WOORD VOORAF		
- HOOFDSTUK 1.	RESIDENTIELE AFDELING GEDRAGSPSYCHOTHERAPIE	1
1.1.	Struktuur van het behandelteam	1
1.1.1.	De klinisch-psycholoog/gedragstherapeut	2
1.1.2.	De part-time psycholoog	3
1.1.3.	De medisch-konsulent	4
1.1.4.	De hoofdverpleegkundige	5
1.1.5.	De co-therapeuten	6
1.2.	Overlegactiviteiten	7
1.2.1.	Teambespreking	7
1.2.2.	Casusbespreking	8
1.2.3.	Werkbespreking	11
1.2.4.	Klient-staf overleg	13
1.2.5.	Supervisie en intervisie	14
1.3.	Behandeling	16
1.3.1.	Aanmelding en diagnostiek	16
1.3.2.	Opname	19
1.3.3.	Verblijf	20
1.3.4.	Ontslag	21
1.3.5.	Evaluatie	22
1.4.	Kwantitatieve analyse van de bezetting	23
1.5.	Vergelijking met andere klinieken	26
1.6.	Referenties	27
- HOOFDSTUK 2.	MULTIMODALE BENADERING EN KLINISCHE WERKSTRUKTUUR	32
2.1.	Klinische gedragstherapie	32
2.1.1.	Sociaal leertheoretisch kader	34
2.1.2.	Eclecticisme in de methodiek	35
2.1.3.	Functie-analyse	37
2.1.4.	Multimodale behandelingsstrategie	41
2.2.	Individueel gerichte activiteiten	43
2.2.1.	Klient-therapeut relatie	44
2.2.2.	Individuele assessment	45
2.2.3.	Individuele therapie	46
2.2.4.	Individuele training	48
2.2.5.	Partner relatie therapie	50
2.3.	Groepsgerichte activiteiten	51
2.3.1.	Evaluatietraining	52
2.3.2.	Funktionele inzichtstraining	55
2.3.3.	Rationeel-emotieve training	57
2.3.4.	Assertiviteitstraining	59
2.3.5.	Relaxatietraining	62
2.4.	Bevordering van generalisering	63
2.4.1.	Nazorggroep	63
2.4.2.	Parallelgroep	64
2.5.	Referenties	65

- HOOFDSTUK 3.	METHODE VAN ONDERZOEK : LITERATUUR EN ONTWERP	71
3.1.	Doelstelling	71
3.2.	Vraagstelling	71
3.2.1.	Effekt van gedragstherapie, literatuur	73
3.2.2.	Voorspelbaarheid van resultaten, literatuur	75
3.3.	Onderzoekspopulatie	76
3.3.1.	Dwangneurose	76
3.3.2.	Ontstaansgeschiedenis	77
3.3.3.	Dwangkategorien	78
3.3.4.	Twijfeldwang	78
3.3.5.	Fobische dwang	79
3.3.6.	Fobische neurose	80
3.3.7.	Epidemiologie	80
3.3.8.	Ernstige fobieën	80
3.3.9.	Agorafobie	81
3.3.10.	"Gewichtsfobie"	83
3.4.	Meetinstrumenten	84
3.4.1.	Meting van therapeutische effecten	84
3.4.2.	Beschrijving van meetinstrumenten	85
3.4.3.	Voorspellervariabelen	87
3.5.	Opzet van onderzoek	88
3.6.	Referenties	91
- HOOFDSTUK 4.	RESULTATEN VAN EFFEKTONDERZOEK	97
4.1.	Achtergrondgegevens van de klanten	97
4.1.1.	Algemeen-biografisch	98
4.1.2.	Klinisch-diagnostisch	99
4.2.	Transformatie van criterium en therapievariabelen	106
4.3.	Onderbouwing van het criterium dwang en fobie	108
4.4.	Dwangklanten	108
4.4.1.	Nr. 27 (++) : Fobische dwang	112
4.4.2.	Nr. 85 (--) : Twijfeldwang	114
4.4.3.	Nr. 82 (+-) : Fobische dwang	116
4.4.4.	Nr. 60 (-) : Twijfeldwang	117
4.5.	Fobieklanten	121
4.5.1.	Nr. 73 (++) : Sociale Fobie	123
4.5.2.	Nr. 37 (--) : Agorafobie	124
4.5.3.	Nr. 49 (+-) : Agorafobie	126
4.6.	Dwang en fobie	128
4.7.	Tijdsfaktor in de klinische therapie	130
4.7.1.	Effekt en behandelingsduur	131
4.7.2.	Voorspelbaarheid effect door tussenmeting	132
4.7.3.	Verandering in de wachtperiode	132
4.7.4.	Follow-up: Stabilisering, voor- of achteruitgang?	133
4.8.	Referenties	134
- HOOFDSTUK 5.	RESULTATEN VAN PROCESONDERZOEK	135
5.1.	Dwang, fobie en therapievariabelen	135
5.1.1.	Dwangklanten	135
5.1.2.	Fobieklanten	135

5.2.	Proces	137
5.2.1.	Dwangklachten	138
5.2.2.	Fobische klachten	138
5.2.3.	Algemene klachten	138
5.2.4.	Zelf- aktualisatie	141
5.2.5.	Rationeel denken	141
5.2.6.	Assertief handelen	144
5.2.7.	Psychofysiologische "arousal"	144
5.2.8.	Persoonlijkheidskenmerken	150
5.3.	Proces in relatie tot effect op lange termijn	151
5.3.1.	Dwangklachten	152
5.3.2.	Fobische klachten	153
5.3.3.	Algemene klachten	154
5.3.4.	Zelf-aktualisatie	155
5.3.5.	Rationeel denken	156
5.3.6.	Assertief handelen	157
5.3.7.	Psychofysiologische "arousal"	158
5.4.	Referenties	159
- HOOFDSTUK 6.	ONDERZOEK NAAR VOORSPELLENDE FAKTOREN	160
6.1.	Inleiding	160
6.1.1.	Voorspelbaarheid van "Drop outs"	162
6.1.2.	Biografische en diagnostische gegevens	162
6.2.	Dwang : Voorspelbaarheid effect bij ontslag	164
6.2.1.	Persoonlijkheidsvariabelen	165
6.2.2.	Therapievariabelen	165
6.2.3.	Persoonlijkheids- en therapievariabelen	165
6.3.	Dwang : Voorspelbaarheid effect bij follow-up	167
6.3.1.	Persoonlijkheidsvariabelen	167
6.3.2.	Therapievariabelen	168
6.3.3.	Persoonlijkheids- en therapievariabelen	168
6.4.	Fobie : Voorspelbaarheid effect bij ontslag	168
6.4.1.	Persoonlijkheidsvariabelen	170
6.4.2.	Therapievariabelen	170
6.4.3.	Persoonlijkheids- en therapievariabelen	170
6.5.	Fobie : Voorspelbaarheid effect bij follow-up	170
6.5.1.	Persoonlijkheidsvariabelen	172
6.5.2.	Therapievariabelen	172
6.5.3.	Persoonlijkheids- en therapievariabelen	174
6.6.	Evaluatie	174
6.7.	Referenties	175
- SLOTBESCHOUWING		177
- SAMENVATTING		189
- SUMMARY		193
- APPENDIX 1A		197
- APPENDIX 1B		198
- APPENDIX 1C		199
- CURRICULUM VITAE		200

WOORD VOORAF

Aan het tot stand komen van mijn dissertatie hebben velen bijgedragen. Erkentelijkheid ben ik verschuldigd aan mijn promotor Prof. Dr J.H. Thiel die mij in de afgelopen zes jaar op kundige en aimabele wijze heeft begeleid. Dank spreek ik uit aan Prof. Dr P.E. Boeke, Prof. Dr G.A. Ladee en Prof. Dr F. Verhage, die zitting hebben willen nemen in de promotiecommissie. Aan Dr H.J. Duivenvoorden, paranimf in woord en daad, voor zijn methodologische en statistische adviezen. Aan Dr R.W. Trijsburg, voor zijn opbouwende kritiek op inhoud en stijl van dit proefschrift. En aan kollega en kameraad Dr H.M. van der Ploeg, die mij als paranimf terzijde staat. Dank betuig ik ook aan Prof. Dr Arnold A. Lazarus, een van de "founding fathers" van gedragstherapie, die mij via zijn geschriften op het spoor van multimodale therapie heeft gebracht.

Mijn erkentelijkheid gaat verder uit naar de voormalige directie van Het Sint Joris Gasthuis, met name de zenuwarts P.J. Stolk. De huidige medisch-direkteur D.H.J. van Buren, psychiater, dank ik voor het geven van ruimte om me als klinikus, onderzoeker en opleider te ontplooiën. Ik dank de algemeen-direkteur Drs. C.Th.A.M. van Huygevoort voor de wijze waarop hij zich als pater familias inzet voor de toekomst van de Afdeling Gedragspsychotherapie. Dank spreek ik verder uit aan de ex-klienten van de afdeling die ter wille van de kwaliteits-bewaking hebben willen deelnemen aan het onderzoek. En aan mevrouw Marina de Wolf-Ferdinandusse, van de Stichting Fobieclub Nederland, via wie vele klienten de weg naar de afdeling wisten te vinden. Aan de teamleden die mij vanaf de oprichting van de afdeling, aanvang 1977 tot op heden hebben bijgestaan : Adry Hoevenaars en Coldette Souhuwat. Aan Toos van der Helm, Henk de Niet, Ellen Doedens, Iny Wermer, Gerda van Lieburg, Casper Jacobs en Reyer Brouwer voor hun inzet, die ten goede komt aan de kwaliteit van de dienstverlening. Aan Weyna Ravesteyn-Kool, die vele versies van dit manuscript het licht heeft laten verschijnen. En aan alle ex-medewerkers en stagiaires, teveel om ze allen bij naam te noemen, voor hun enthousiasmerende samenwerking.

Tot slot dank ik mijn lieve vrouw Petra, die veel vrije tijd met het voltallig gezin heeft moeten ontberen, voor haar onnavolgbare en onmisbare steun.

Maurits Kwee

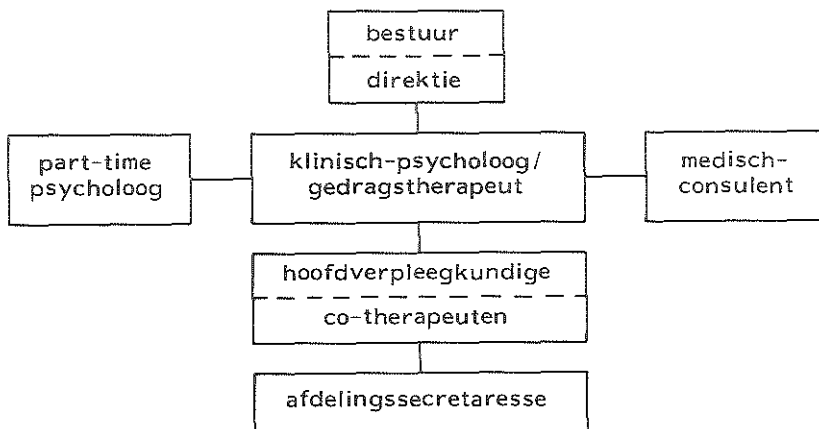
HOOFDSTUK 1. RESIDENTIELE AFDELING GEDRAGSPSYCHOTHERAPIE

1.1. Structuur van het behandelteam

De residentiele Afdeling Gedragstherapie (AG)* is een zelfstandig functionerende eenheid, die naast bestaande opnameafdelingen in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis is gesitueerd. Resorterend onder directie en bestuur is de AG onderworpen aan regels die voor het gehele instituut gelden. Er is sprake van zelfstandigheid, met name wanneer het gaat om behandelzaken, zoals opname- en ontslagbeleid. Op de afdeling, die een supraregionale functie heeft, is plaats voor 15 uitsluitend vrijwillig op te nemen klanten, zowel mannen (5) als vrouwen (10). De specialisatie is toegespitst op de behandelmethode, namelijk klinische gedragstherapie, en op de klantenpopulatie : ernstige fobieën en dwangneurosen. Uit empirisch onderzoek is gebleken dat gedragstherapie een effectieve en efficiënte behandelingsmethode is voor deze stoornissen. Ook vanuit de klinische psychiatrie doen zich stemmen gelden dat deze behandelingswijze voor voornoemde stoornissen is te verkiezen. Vermeldenswaard is het rapport van de "American Psychiatric Association Task Force on Behavior Therapy" (A.P.A. 1974), die de toepassing van gedragstherapie in psychiatrische settings sanktioneerde.

De klinisch- psycholoog draagt als teamleider de eindverantwoordelijkheid voor beleid en behandelingen. Naast de teamleider is werkzaam een hoofdverpleegkundige die met een subhoofd voornamelijk verantwoordelijk is voor de organisatie en coördinatie van het afdelingsgebeuren. De kern van het behandelteam bestaat uit 10 in-service getrainde co-therapeuten. Naast de teamleider funktioneert ook een part-time psycholoog, die o.a. plaatsvervanger is voor de teamleider. Aan de afdeling is tevens verbonden een konsulent- psychiater, die aan de "screening" van klanten deelneemt en in de medisch-somatische zorg voorziet.

* Gedragstherapie kan als benaderingswijze, die gebruik maakt van gegevens uit de algemene experimentele en sociale (ontwikkelings) psychologie, op een veelheid van settings en procedures betrekking hebben. Duidelijkheid is te bewerkstelligen indien men gedragstherapie als omvattende term opvat en gedragsmodifikatie en gedragstherapie als hierbinnen nader te onderscheiden methodieken beschouwt. De term gedragsmodifikatie kan worden gebruikt als aanduiding van de toepassing van paradigma's, voornamelijk afkomstig uit de operante leerpsychologie, en wordt met name toegepast bij o.a. chronische psychiatrische patienten of oligofrenen en ernstig ontwikkelingsgestoorde kinderen. Zodoende kan de term gedragstherapie specifiek worden voorbehouden aan de toepassing van empirisch getoetste psychologische kennis, die toegepast wordt bij klanten met neurotische klachten en relationele problemen.



Figuur 1.1. Structuur van het behandelteam.

Tenslotte verricht de sekretaresse de benodigde administratieve werkzaamheden voor de hele afdeling. Zie Figuur 1.1. voor een schematische uitbeelding van de organisatie structuur. Over de functie en taken van elk van de teamleden wordt in de volgende paragrafen uitgeweid.

1.1.1. De klinisch- psycholoog/ gedragstherapeut

In zijn boek "The Future of Psychiatry" pleitte Eysenck (1975) voor speciale zelfstandig en onafhankelijk door psychologen geleide centra voor psychologische hulpverlening ten behoeve van neurosen. De in een psychiatrisch ziekenhuis gehuisveste autonoom funktionerende AG, die door een klinisch- psycholoog/ gedragstherapeut wordt geleid, benadert dit konsept. De teamleider bedrijft met zijn behandelteam zowel diagnostiek als therapie. En daarnaast leidt hij het empirisch wetenschappelijk onderzoek (cf. Stewart en Harsch 1966).

De verantwoordelijkheid voor beleid en klientenzorg berust in de praktijk bij de teamleider, die met direktie en hoofdverpleegkundige de formele beleidszaken regelt. Hij onderhoudt de kontakten met verwijzers, in het bijzonder huisartsen en andere hulpverleners, die vanuit een ambulante of klinische setting voor hun klient een indicatie voor residentiele gedragstherapie zien. Wat betreft de activiteiten binnen de AG vervult de teamleider een centrale rol in de relatie tot de teamleden en de klienten. Hij superviseert de teamleden d.w.z. hij ziet toe op een vloeiend verloop van het klinisch-therapeutisch behandelingsproces.

Ten opzichte van de cliënten is de belangrijkste taak van de teamleider een zo optimaal mogelijke therapeutische relatie te scheppen*.

De gedragstherapeut heeft steeds meer een konsulterende rol, waarbij hij zijn klient effectieve probleemoplossende strategieën leert toe passen. Hij neemt dan een didaktische houding aan met de bedoeling een inzichtelijk verband te leggen tussen de verwachting van de klient en de toe te passen procedures (Wilson en Evans 1977; Wilson 1980)**. Het is mogelijk, verschillende aktiegerichte onderdelen van het behandelingsprogramma uit te besteden, waardoor er sprake is van een triadisch model, waarbij gebruik gemaakt wordt van mediators, i.c. de co-therapeuten.

1.1.2. De part-time psycholoog

De functie van de part-time psycholoog is die van adjunct- teamleider. Zijn taken omvatten het overnemen van de intakes bij afwezigheid van de teamleider, het uitvoeren van rationele procedures, zowel groepsgewijs als individueel, het superviseren van de teamleden in het uitvoeren van op klachtgerichte procedures en het geven van een cursus gedragstherapie.

De opleidingsaktiviteiten omvatten in grote lijnen kennisverwerving van gedragstherapie en bijbehorende psychologische principes, in het bijzonder uit de sociale leertheorie. Konkreet houdt dit in (a) het leren hanteren van de therapeutische relatie, (b) het leren uitvoeren van

* Over het belang van de relatie in gedragstherapie is vooralsnog betrekkelijk weinig bekend, onderzoek hierover ontbreekt nagenoeg. Echter ook in de gedragstherapie wordt, zij het vooralsnog impliciet, een belangrijke waarde toegekend aan zogenaamde niet specifieke factoren, waaronder relationele. Zo constateerden Klein, Dittman, Parloff en Gill (1969) na intensieve observatie van het klinisch werk van Wolpe en Lazarus dat ook zij positieve verwachtingen bij de klient induceren en mobiliseren. Zelf huldigen Wolpe en Lazarus (1966) de opvatting dat de Rogeriaanse kondities echtheid, warmte en empathie te beschouwen zijn als noodzakelijke, doch onvoldoende voorwaarden om gedragsverandering te bewerkstelligen. Dit geldt zeker wanneer het een klient betreft met ingewikkelde klachten, terwijl een klient met een "monofobische" klacht soms met een beperkte aanpak voldoende geholpen kan worden. Over het algemeen dient de therapeut, zoals Kanfer en Phillips (1966) het reeds hebben aangeduid, over de kwaliteit van een "Menschenkenner" te beschikken teneinde de klient van moment tot moment te kunnen taxeren en de aangewezen procedures adequaat te kunnen toepassen. Men heeft echter nog te weinig oog voor onbedoelde (en nog nader te specificeren) relationele invloeden.

** Dit in tegenstelling tot de "klassieke" gedragstherapeutische werkwijze, waarbij de therapeut een passieve klient voor angst "immuniseert", zoals voorgestaan door met name Wolpe (1977).

gedragstherapeutische interview- en assessment strategieën, (c) het leren van gedragstherapeutische procedures en technieken in een multimodaal kader en (d) het leren toepassen van gedragstherapie bij levensproblemen en neurotische klachten, met name bij fobie, dwang en depressie.

Er is een theoriegericht onderdeel dat is bedoeld om een zo breed mogelijke inleiding in de methode te presenteren, en wel gecentreerd rondom een viertal thema's. Te weten een algemeen overzicht van de benadering (Orlemans 1976), de praktijk van het therapieproces (Brinkman 1976), de theorievorming over de werking (Rachman 1978) en de effectiviteit van de methode (Kazdin en Wilson 1978). Voorts is er een methodegericht onderdeel, waarin het hele gamma van gedragstherapeutische procedures en technieken wordt uitgediept. Aan de orde komen : relationele factoren, assessment procedures, relaxatie procedures, gedragsprocedures, cognitieve procedures en zelfkontrole procedures. Deze aspecten worden behandeld binnen het kader van een multimodale strategie (Kwee 1979). De opleiding volgt het zogenaamde "cineacsysteem", waarbij de kursisten op ieder moment het programma in kunnen stappen.

Behalve bovengenoemde taken heeft de part-time psycholoog ook de verantwoordelijkheid voor de supervisie over de parallelgroep en de nazorggroep, die in de praktijk door co-therapeuten worden geleid.

1.1.3. De medisch konsulent

De medisch- konsulent is een klinisch- psychiater, die in het behandelteam van de AG een tweeledige functie heeft, namelijk als huisarts en als psychiater. Als huisarts heeft hij de taak in geval van ziekte van de klient door middel van onderzoek, behandeling of doorverwijzing in te grijpen. De medische korrespondentie geschiedt via de konsulent. Als psychiater is zijn taak het toezicht houden op de medikamenteuze behandeling en het meewerken aan de intake en indikatiestelling. Bij intake en indikatiestelling adviseert hij de teamleider.

Op de AG prevaleert het biologisch primaat in die zin dat somatische processen altijd eerst uitgesloten dient te worden (cf. Thiel 1978a en b). Bij intake en indikatiestelling gaat het om de differentiaal diagnostiek psychische versus somatische, neurotische versus psychotische en "benigne" versus "maligne" neurose. De "screening" geschiedt voornamelijk door middel van het interview, op de wijze zoals aanbevolen, bijv. door "The Department of Psychiatry Teaching Committee" (1973) en Freedman, Kaplan en Sadock (1980). Samenvattend gaat het om de bepaling van de gezondheidstoestand, zowel fysiek door middel van een lichamelijk onderzoek, als mentaal door middel van het psychiatrisch onderzoek. Hierbij staat centraal het uitslekkeren van psychiatrische stoornissen die van een andere aard zijn dan fobisch- neurotisch, dwang- neurotisch of neurotisch- depressief. Nagegaan wordt of er deviaties zijn in : (a) het bewustzijn, (b) het affect, (c) de motoriek, (d) het denken, (e) het geheugen en (f) de intelligentie. De resultaten van dit onderzoek, uitmondend in een diagnose, prognose en advies met betrekking tot de indikatiestelling voor klinische gedragstherapie, wordt in combinatie met

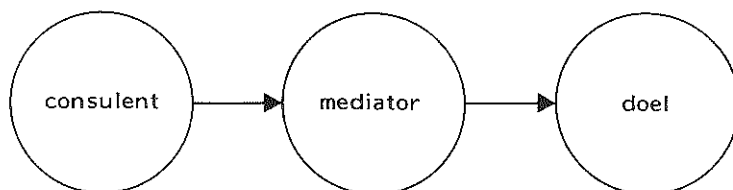
de gegevens van de teamleider in het behandelteam besproken (cf. Freedman en Dyrud 1975).

1.1.4. De hoofdverpleegkundige

De organisatie en administratie betreffende de dagelijkse gang van zaken op de AG berust bij de hoofdverpleegkundige die met eigen verantwoordelijkheden als "rechterhand" van de teamleider fungeert. Met name ziet de hoofdverpleegkundige erop toe dat de co-therapeuten hun taak naar behoren vervullen. Dit houdt in het toezien op de beoordelingsprocedures bij het aannemen, bevorderen of ontslaan van teamleden, in het bijzonder co-therapeuten.

Om het geheel overzichtelijk te maken is er een algemene rapportage over elk van de klanten gedurende de verschillende diensten, waarbij het vooral gaat om een beknopte weergave van hetgeen de klant met de co-therapeut gedurende de dag heeft gedaan. Hiernaast houdt de co-therapeut dagelijks een klantenschrift bij waarin beschreven staat waarmee men zich heeft beziggehouden. Dit om te kunnen reflektieren over knelpunten in de begeleiding van die dag en om bij eigen afwezigheid de overdracht soepel te kunnen laten verlopen. Daarnaast houdt de hoofdverpleegkundige zich ook bezig met de somatische zorg en met (als co-therapeut) individuele begeleiding van een klant.

De hoofdverpleegkundige neemt een belangrijke plaats in in het zogenaamde triadisch model, zoals oorspronkelijk door Tharp en Wetzel (1969) is voorgesteld. Deze triade bestaat uit een konsulent (de part-time psycholoog), een mediator (de co-therapeut) en het doel (de klant). Schematisch :



Figuur 1.2. De consultatieve triade

Bij deze triade geldt de regel dat de part-time psycholoog ingrijpt op de co-therapeut, deze grijpt op zijn beurt in op de klant. Dit geldt met name bij de individuele begeleiding, i.e. klachtenbestrijding. Wanneer het gaat om individuele therapie, i.e. probleemoplossing, prevaleert het dyadisch werkmodel : gedragstherapeut - klant.

1.1.5. De co-therapeuten

Op de AG zijn 3 categorieën co-therapeuten verbonden ; met name : (a) B-gediplomeerde verpleegkundigen, (b) ander in-service getrainde krachten en (c) doctoraal stagiaires klinische psychologie. De B-gediplomeerde verpleegkundigen zijn psychiatrisch geschoolde krachten die in hun opleiding reeds, zij het in beperkte mate en uitsluitend theoretisch, kennis hebben gemaakt met gedragstherapie. In het geval zij ook in het bezit zijn van een A-diploma (algemeen ziekenhuis) zijn zij bij uitstek geschikt eventuele somatische zaken gedelegeerd af te handelen. Deze bestaan doorgaans uit het verrichten van routinematige handelingen uit de algemene medische praktijk, zoals bijv. tensiemeting e.d.. De andere in-service getrainde krachten hebben tenminste een middelbare school doorlopen en hebben op de een of andere manier aangetoond een hulpverleningsrelatie aan te kunnen. Deze krachten hebben niet zelden een hogere beroepsopleiding, zoals sociale academie. Dit impliceert een bekendheid met het hulpverleningswerk door middel van direct contact met klanten of klientsystemen, zij het vanuit verschillende invalshoeken. De doctoraal stagiaires klinische psychologie werken minimaal 9 maanden op de AG, vaak gekombineerd met het doen van onderzoek, dat in een (afstudeer) skriptie wordt verslagen. De stagiaires hebben ook een specifieke taak, namelijk psychodiagnostisch onderzoek door middel van psychologische tests en vragenlijsten. De stage dient beschreven te worden in een verslag over de activiteiten die vooral bestaan in de individuele begeleiding van de klient. Het verslag kan de vorm aannemen van een te publiceren klinisch-experimentele (N = 1) casusbeschrijving.

De co-therapeuten hebben allen eenzelfde taakstelling : (a) het participeren in de intake-procedure door het bijwonen van het eerste gesprek van de klient met de teamleden, de inhoud hiervan ten behoeve van de verwijzer(s) korrespondentie klaar te maken en de klient rond te leiden, c.q. te informeren over de formele regels en de dagelijkse gang van zaken, (b) het presenteren van casussen aan het team, nadat de belangrijkste informatie over de betreffende klient is ingewonnen, teneinde een overzicht van de persoon te verkrijgen en de behandeling van de klient aan de hand van een in overleg met de klient opgesteld behandelingsplan met doelstellingen op korte en lange termijn.

Verpleegkundigen blijken bij uitstek geschikt als co-therapeuten daar zij (a) kennis hebben over psychiatrische syndromen, (b) gevormd zijn in de omgang met klienten en (c) 24 uur van de dag beschikbaar zijn. Blijkens een klassiek artikel van Ayllon en Michel (1959) zijn verpleegkundigen van meet af aan betrokken geweest in gedragstherapeutische activiteiten. In een overzichtsartikel wees Le Bow (1976) erop dat verpleegkundigen zowel zelfstandig als onder supervisie gedragstherapie verantwoord kunnen toepassen.

Een konsekwent onderzoek over het verantwoord toepassen van gedragstherapeutische procedures en technieken door verpleegkundigen werd vanaf het begin van de jaren zeventig door Marks c.s. verricht (Marks, Hallam, Connolly en Philpott 1977; Bird, Marks en Lindley 1979; ten onzent Kwee en Oduber 1978a en b). De opleiding in het Londense Maudsley

Hospital vergelijkbaar met die van de AG, behelst een praktijktraining van 12 tot 18 maanden, gedurende welke de kursist een variëteit van onderwerpen aangeboden krijgt. Deze zijn : (a) vaardigheden in gespreksvoering, (b) probleemgericht status bijhouden, (c) zelfstandig korrespondentie voeren, (d) plannen van de "case-load", (e) ethiek en verantwoordelijkheid kennen, (f) mogelijkheden van doorverwijzen, (g) begrenzing van eigen competentie. Elke kursist leert 15 gevallen zelfstandig te behandelen onder supervisie, die in tijd en intensiteit afneemt.

1.2. Overlegactiviteiten

Het overleg tussen teamleden onderling, en tussen teamleden en klanten is van cruciaal belang voor een goede verstandhouding met, alsmede een adequate behandeling van de klant. Informatie over de klant dient gelijkelijk bij de betrokken teamleden bekend te zijn om een goed behandelingsbeleid te kunnen voeren. Een soepel functioneren van het team is alleen mogelijk wanneer knelpunten in de werk- en leefsituatie van de afdeling door middel van informatie- uitwisseling uit de weg worden geruimd. Daarbij kan worden opgemerkt dat, anders dan in een therapeutische gemeenschap, de woonfunctie van de afdeling van sekondair belang is. Met andere woorden : een korrektief sociaal klimaat van de afdeling is niet een primaire doelstelling. De klinische gedragstherapie vormt het hoofddaccent van de behandeling en het formele afdelingsbeleid van het team past zich hierbij aan (cf. Orlemans 1977).

Informatie- uitwisseling en -overleg geschieden aan de hand van teambesprekingen, casusbesprekingen, werkbesprekingen, klant- staf overlegbijeenkomsten en groepssupervisies. De structuren en inhoud van deze overlegactiviteiten komen in de volgende paragrafen aan de orde.

1.2.1. Teambespreking

Om een soepel functioneren van het team en een optimale begeleiding van de klanten te bewerkstelligen, wordt wekelijks overlegd tussen alle teamleden. Algemene beleidslijnen over de therapeutische activiteiten kunnen worden bijgesteld en specifieke behandelingsfouten in de gevolgde procedures kunnen worden gecorrigeerd. Doorgaans staat men langer stil bij klanten waarvan de behandeling moeilijkheden met zich meebrengt.

In een reguliere teambespreking komen derhalve alle opgenomen klanten in vogelvlucht aan bod om moeilijkheden tijdens de behandeling vroegtijdig te kunnen signaleren. Dit geschiedt mondeling door de betreffende co-therapeuten en de gedragstherapeut, die beknopt de aard van de problematiek aangeven. De inhoud betreft in de meeste gevallen een gebrekkig inzicht bij de klant in het verband tussen klachten en problemen, overmatige intrinsieke zowel als extrinsieke winstfactoren en weerstand tegen de behandeling, waardoor de therapeutische

relatie(vorming) in gevaar is gekomen. Evenzeer is het mogelijk dat vanuit het team een onvoldoende overzicht over, of een manco in het kontakt met de klient ertoe bijdraagt dat een behandeling stroef verloopt. Voorzover de bespreking en het overleg uitmonden in suggesties en adviezen draagt de teambespreking ook een supervisie-, c q. intervisie- karakter. Om bovengenoemde knelpunten op te lossen, komt het voor dat het team als zodanig of zelfs de leefgemeenschap als geheel ingeschakeld wordt. Deze leidraad wordt gevolgd niet zozeer om wille van de demokratisering van de afdeling dan wel om funktionele c q. praktisch- technische redenen. Met name heeft dit betrekking op de besluitvorming gedurende de verschillende therapiefasen. Zo geschiedt de intake onder koordinatie van een co-therapeut, die als kontaktpersoon met de klient in spe fungeert, de korrespondentie met verwijzende instanties voorbereidt en de gegevens aan het team presenteert met de vraag al dan niet op te nemen. Andere beleidsbeslissingen van de afdeling, zoals wanneer de klient op te nemen, toestemming geven voor verlof, regels voor de afbouwperiode, bepaling van ontslagdatum en het afspreken en doseren van de nazorghulp, geschieden doorgaans in de teamvergadering, onder leiding van de gedragstherapeut die in verband met de inhoudelijke verantwoordelijkheid het laatste woord heeft.

Tenslotte horen zaken die het personeelsbeleid aangaan op de AG ook thuis in de teambespreking. In het bijzonder betreft het formaliteiten bij de aanstelling en beoordeling van teamleden, alsmede de toewijzing van een co-therapeut aan een bepaalde klient. Verder zijn te vermelden formele zaken zoals de uitbreiding, inkrimping of stabilisatie van de capaciteit, de kontakten met belangstellende bezoekers en de vertegenwoordiging naar buiten. Dit laatste geschiedt door middel van deelname aan werkgroepen, symposia en kongressen en het geven van lezingen, workshops en kursussen. Het team als geheel bepaalt of vanuit universitaire centra geïnitieerde onderzoeksprojekten doorgang kunnen vinden. Zoals in elk samenwerkingsverband kunnen er zich geschillen voordoen zowel tussen teamleden en klienten als tussen teamleden onderling, welke in de teamvergadering aan de orde dienen te komen. Alleen op deze wijze kan de teambespreking dienst doen als een katalyserende overlegstructuur die bijdraagt aan een soepel en efficient functioneren van de afdeling.

Een tweetal onderdelen van de teambespreking, namelijk de casusbespreking, een extra vorm van teambespreking, en de werkbespreking verdienen door hun specificiteit apart te worden beschreven.

1.2.2. Casusbespreking

Een specifiek onderdeel van de teambespreking is de casusbespreking waarin alle gegevens van een klient door de co-therapeut in een casusbeschrijving, gestructureerd, aan het team worden gepresenteerd. Een overzicht van de gegevens is zodoende mogelijk waarna in het team een oordeel wordt gevormd over de zinvolheid van een voortzetting van de behandeling. Moeilijkheden in de begeleiding van de klient kunnen tevens

aan bod komen en in de context van zijn leven worden gezien. De casusbespreking wordt in de twaalfde behandelingsweek van de klient gehouden. Om een indruk te krijgen van een casusbeschrijving, alsmede ter verduidelijking van de soort klienten die op AG komen, volgen 2 casussen ter illustratie (Kwee en Naring 1980).

Casus 1: A., een vrouw van middelbare leeftijd, kampt met een "funktioneel autonome" en specifieke vorm van fobie zonder verdere manifeste levensproblemen in het heden. De angstreakties doen zich voor bij konfrontatie met kinderen in de leeftijdskategorie van ongeveer 2-15 jaar. Dit is ruim 23 jaar geleden begonnen met lichte ergenis over voetballende kinderen in de buurt van haar tuin en is langzamerhand uitgegroeid tot hevige paniek, met als voornaamste vegetatieve verschijnselen : verhoging van de spiertonus, hevige tachycardie, beklemming op de borst, droge mond, maagklachten en koude extremiteiten. Ze kan al hevig schrikken bij het horen van schreeuwende kinderen en bij het zien van kindersporen in de tuin. Thuis zit ze nog zelden rustig, daar de buurt kinderrijk is. Telkens ervaart ze de drang om voor het raam te staan controleren of ze er zijn. Zelf heeft ze 3 kinderen bij wie ze de angst nooit heeft vertoond. Wel ervaart ze angst bij haar kleinkind, wat tot enige moeilijkheden in de familieverhoudingen heeft geleid. Terwijl ze eerst alleen de angst rondom haar huis had, is deze langzamerhand gegeneraliseerd naar allerlei willekeurige situaties met kinderen. Voorts is er sprake van anticipatieangst, zodat ook in die situaties waar geen kinderen zijn A. angst kan krijgen. Angst en vermijding hebben ertoe geleid dat de kliente schuld- en schaamte- gevoelens koestert ten opzichte van haar kinderen en echtgenoot die haar zo goed en zo kwaad als het kan opvangt. Zelf heeft ze het idee een deel van haar leven hiermee te verpesten. Dan vervalt ze in langdurige huilbuien, irrationele woede- uitbarstingen en suicidepogingen, die tweemaal hebben plaatsgevonden. Enkele maanden voor haar opname op de AG is zij voor haar klachten in een algemeen ziekenhuis opgenomen. Zonder enig duidelijk succes is kliente reeds eenmaal onder psychologische en psychiatrische behandeling geweest. Een wezenlijk onderdeel uit de breed spectrum behandeling is de sukssessievelijke konfrontatie van de kliente met een film over kinderen die rondom haar huis speelden. Met behulp van een G.S.R. ("galvanic skin- response" of huidweerstand) feedback apparatuur werd angstreduktie bewerkstelligd door tijdens het afdraaien de kliente de opdracht te geven de G.S.R.- "output", die zowel auditief als visueel is, laag te houden. Additioneel herhaalde ze telkenmale gedurende de sessies rationele gedachten over de angstsituatie en paste ze bij zichzelf spierrelaxatie toe. In totaal besloeg dit specifieke onderdeel 36 keer afdraaien van de angstoproepende filmbeelden, verspreid over ongeveer 6 weken. Verbetering trad op na de 18e presentatie.

Casus 2: B. een ruim 30-jarige, intelligente en gehuwde vrouw heeft te kampen met een complexe en chronische dwangneurose, die in stand gehouden blijkt door spanningen voortkomend uit een problematische huwelijksrelatie. De klachten bestaan uit compulsieve handelingen, met name wassen, controleren, schrijven en obsessieve gedachten, met name het op rituele wijze repeteren van een gedachte tijdens een handeling (bijv. : "han- han- handen wassen" bij het afdrogen). Ze is vies van zeer uiteenlopende zaken, zoals planten, wasgoed, vuilnis enz., vooral in huis, zodat ze ontelbare malen per dag haar handen wast. Zodoende komt ze niet toe aan andere huishoudelijke werkzaamheden, op grond waarvan ze paniekgevoelens ervaart. Later heeft ze deze was- en kontroledwang trachten te bezweren door dwangmatig op te schrijven wat ze zo al op de dag heeft uitgevoerd. Voor het eerst uitte cliënte psychische problemen 13 jaar geleden in de vorm van buik- en darmklachten, waar ze nu steeds minder last van heeft. Na de geboorte van haar dochter, 10 jaar geleden, kreeg zij voornoemde dwanghandelingen waaraan voorafging een angst voor de partus. Omdat ze niet aan huis gebonden wilde raken, wilde cliënte eigenlijk geen kinderen; ook zou ze reeds in haar jeugd angst hebben gehad voor bevallingen naar aanleiding van angstwekkende verhalen. Haar ouders' huwelijk was problematisch, beiden waren tweemaal getrouwd en gescheiden; moeder en zuster zouden beiden dwangmatig en perfektionistisch zijn. Door moeder, die veel en gepreoccupeerd met zichzelf bezig was, heeft ze zich affektief verwaarloosd gevoeld. Het wassen hangt in haar huidige leven functioneel samen met echtelijke problemen, die er veelal aan voorafgaan. Gedurende de laatste 9 jaar zijn haar klachten progressief verergerd, ondanks behandelingen, in totaal tien, bij verschillende psychiaters en psychologen. In vergelijking tot andere "wassers" waste B. niet overdreven veel, maar toch wel in die mate dat haar leven er door ontregeld raakte. Dit kwam voornamelijk doordat ze elke keer voor en na de dwanghandeling rituele gedachten repeteerde. Gedurende de basislijnperiode waste B. gemiddeld 18 keer per dag de handen met een gemiddelde duur van 15 minuten. Het beeld was doorgaans dat de cliënte het wasritueel in het weekeinde thuis meer dan op de AG vertoonde. Na de gedragsinterventie die in dit geval bestond in het besmeuren van cliënte met voor haar zeer onaangename zaken, daalde de frekwentie tot gemiddeld 11 keer in 6 minuten per dag. Nadat ze ook successen thuis vermeldde met name op het gebied van het huwelijk, consolideerde de frekwentie tot een "normaal" gemiddelde van 9 per dag gedurende de volgende 3 maanden, zowel thuis als op de afdeling. Er was geen sprake van symptoom substitutie of terugval, ook niet nadat ze enkele weken achter elkaar thuis heeft doorgebracht.

Van belang is op te merken dat de casusbespreking geschiedt onder supervisie van de teamleider en dat deze door het gehele team alsmede de medisch konsulent wordt bijgewoond, zodat men vanuit verschillende invalshoeken in de opstelling van het behandelingsplan voor de cliënt kan bijdragen. Deze bespreking voorziet in informatie over de gedragswijze

van de klient op de afdeling. Dit werkt wederzijds daar het team als geheel op deze wijze tevens op de hoogte is te stellen van de status van de klient en het stadium van behandeling. De casusbespreking verschaft als overlegstructuur aan de co-therapeut en gedragstherapeut de nodige suggesties om moeilijkheden in de behandeling op te lossen en mogelijk nieuwe werkhypotheses te genereren. Zodoende kan tevens worden bewerkstelligd dat het team als zodanig een gemeenschappelijke behandelingsverantwoordelijkheid draagt voor elk van de opgenomen klienten.

1.2.3. Werkbespreking

Een andere vorm van teamoverleg is de werkbepreking, een praktisch gericht overleg, dat in principe gevoerd wordt door teamleider, hoofdverpleegkundige en sekretaresse. Aan de orde komen doorgaans zaken die de opname, de behandeling en het ontslag van de klient betreffen, welke reeds in de teambespreking zijn besproken en om een praktische afhandeling vragen. Zo komen de aangenomen klienten op een wachtlijst, hetgeen een korrekte afhandeling vereist, bijv. bij urgentiegevallen. Van belang is de planning te bespreken voor de komende opnames in verband met de verwachte ontslagdata van vertrekkende klienten. Een bevredigende "matching" van klient en co-therapeut is een belangrijke aangelegenheid. Een succesvolle klinische behandeling staat of valt met een therapeutische alliantie van de klient met het behandelteam, met de therapeut en de co-therapeut, die gedurende de opnameperiode dagelijks met hem optrekt.

De literatuur over deze materie is schaars en, indien aanwezig, komt deze veelal uit de experimenteel- psychotherapeutische hoek, zoals bijv. Saltzman, Luetgert, Roth, Creaser en Howard (1976) en Gurman (1977). Onlangs hebben Hartlage en Sperr (1980) aangetoond, dat er een consensus bestaat over wat klienten verwachten en hoe effectief zij hun therapie vonden. Dit geschiedde aan de hand van een vragenlijst bestaande uit 128 items, welke is gekonstrueerd op grond van Leary's "Interpersonal Check List" (Leary 1958) en die de perceptie van ideale en aktuele therapeutkenmerken pretendeert te meten. Analyse van gegevens van 60 (poliklinische) klienten laat zien dat de volgende kenmerken van een therapeut als gewenst dan wel ongewenst werden geacht.

Tabel 1.1. Therapeut-kenmerken die door cliënten geacht worden gewenst en ongewenst te zijn (Hartlage & Sperr 1980).

onderschreven als gewenst door:	afgewezen als ongewenst door:
<p>≥80% maakt een goede indruk kan open en eerlijk zijn roept waardering op</p> <p>≥75% respecteert zichzelf in staat voor zichzelf te zorgen</p> <p>≥70% coöperatief vriendelijk gevoelig en vol begrip houdt rekening met anderen moedigt anderen aan behulpzaam grootmoedig en onbaatzuchtig gerespecteerd door anderen goede leider vertrouwt zichzelf</p> <p>≥65% recht door zee en direct</p> <p>≥60% welvoordacht in staat opdrachten te geven onafhankelijk houdt van verantwoordelijkheid zakelijk warm</p> <p>≥50% kan indien nodig klagen vaak bewonderd zelfbewust en assertief streng maar rechtvaardig gezellig en vriendelijk zorgt met plezier voor anderen kan zichzelf makkelijk geven</p>	<p>≥95% gauw in verlegenheid te brengen laat zich gemakkelijk leiden ongeduldig bij fouten van anderen</p> <p>≥90% doet zich belangrijk voor bazing denkt alleen aan zichzelf openhartig jaloers langzaam met fouten vergeven verlegen passief en verstoken van agressie afhankelijk gemakkelijk te misleiden te makkelijk door vrienden te beïnvloeden te goed van vertrouwen mild tegenover fouten overbeschermd door anderen dictatoriaal enigszins snobistisch kijl en ongevoelig sarcastisch wreed en onvriendelijk gevoelloos haatdragend komt tegen alles in opstand koppig wantrouwt iedereen timide schaamt zich altijd over zichzelf klampt zich vast wordt graag verzorgd</p>

In Tabel 1.1. zijn weergegeven de kenmerken waarop in de werkbespreking impliciet wordt gelet, wanneer het gaat om de selectie van een co-therapeut voor de cliënt en wanneer er zich onoverkomelijke moeilijkheden voordoen in deze alliantie. Doordat de therapeutische werkkrelatie als een elementair vehikel is te beschouwen wordt een wisseling alleen als uiterste oplossingswijze gehanteerd.

Bij gebrek aan specifieke, op onderzoek gebaseerde duidelijkheid geschiedt de cliënt- (co-)therapeut "matching" op de AG op pragmatische

wijze daarbij persoonlijkheidskenmerken van zowel klient als therapeut in aanmerking worden genomen. In elk geval wordt zowel bij de selektie van de co-therapeut als bij de koppeling van de klient aan de therapeut gelet op de in Tabel 1.I. vermelde kenmerken. Wanneer het gaat om de koppeling van klient-therapeut of een verandering hierin, fungeert de werkbespreking als een vooroverleg waarna de co-therapeut om een akkoord wordt gevraagd. Onderwerpen die in de werkbespreking aan de orde kunnen komen, zijn o.a. : (eventuele) "drop outs", dysfunktioneren van een teamlid, beleid van de afdeling, relatie met andere afdelingen, direktie en bestuur. De aanwezigheid van teamleider (of plaatsvervanger), hoofdverpleegkundige, sekretaresse en andere belanghebbenden is nodig opdat de praktische en administratieve uitvoering van besluiten vlot doorgevoerd kunnen worden.

1.2.4. Klient- staf overleg

Het klient- staf overleg is een bijeenkomst, waarin de leefsituatie van de klienten onderwerp van gesprek is. Hieraan deel alle klienten en de staf, i.c. de teamleden, doorgaans uitgezonderd de medisch konsulent en het vaste avond- en nachtdienst-personeel. Dit op de woensdagochtend voorafgaand aan de "inzicht- training" gehouden overleg draagt over het algemeen een zakelijk karakter. Vergelijkbaar is het met de klient- staf vergadering, die in therapeutische gemeenschappen en in klinisch-psychiatrische centra gemeengoed is geworden.

Onder materiele zaken worden verstaan onderwerpen die de fysieke verzorging betreffen, zoals bijv. het eten, de rekreatie en het korvee. Indien de klachten van reele aard blijken te zijn, tracht men deze in de plenaire vergadering op te lossen. Het komt voor dat met de bespreking van deze punten andere belangrijke zaken, bijv. een konflikt met de staf of konflikten in de leefgroep worden verdoezeld. Het is van groot belang deze konflikten eveneens op te lossen. Het is de bedoeling dat deelnemers spanningen in de leefgroep melden om deze gezamenlijk vroegtijdig aan te pakken, opdat men overdag ongestoord aan de therapeutische activiteiten kan werken. Het kan bijv. voorkomen dat er in een slaapzaal een machtsstrijd plaatsvindt tussen klienten die vroeger en klienten die later willen gaan slapen. Een oplossing is dan onderling van slaapzaal te wisselen. Opgemerkt zij dat de klienten hierin in principe een eigen verantwoordelijkheid hebben.

Van groter belang is het hanteren van afhankelijkheid en ageren van klienten afzonderlijk of als groep tegenover een teamlid of het team als geheel. Terwijl de afhankelijkheidsproblematiek doorgaans in de kontekst van het klachtenpatroon is te plaatsen en derhalve tussen de klient co-therapeut dient te worden opgelost, ligt het moeilijker met ageren in de meeste gevallen is aanleiding tot de bespreking hiervan de overtreding van de afdelings- of ziekenhuisregels, o.a. zich houden aan tijden, verbod op het alkoholgebruik of roken in de slaapzalen. Zo begint de werkdag op de AG met een groepsgewijze relaxatietraining waar men niet altijd op tijd aanwezig blijkt te zijn. De oplossing van zulke problemen

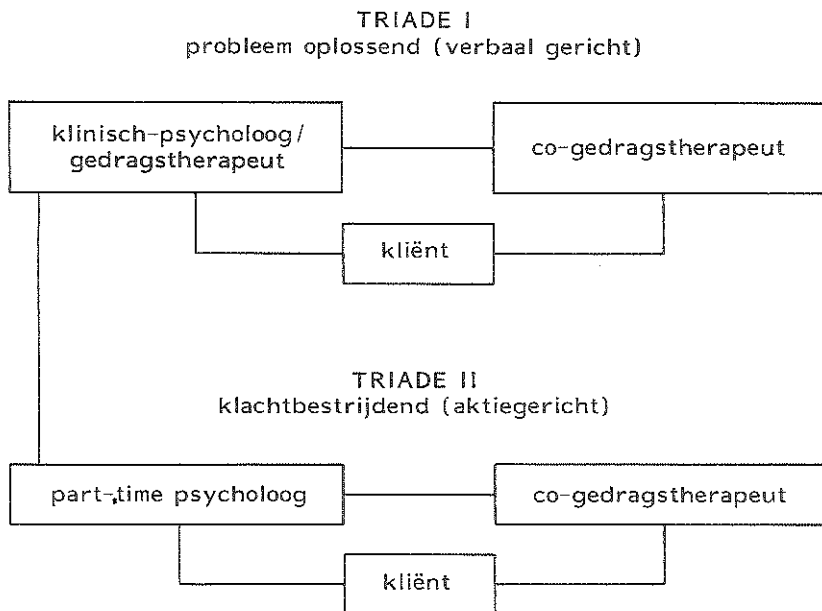
geschiedt aan de hand van een uitleg van het belang van de betreffende regel en de kollektieve verantwoordelijkheid die men draagt voor een soepel verblijf op de AG. Verschillende onderwerpen van bespreking komen door de wisselende samenstelling van groepen telkens opnieuw naar voren. Mogelijk is dat de moeilijkheden inherent zijn aan de bestaande structuren. In tegenstelling tot de therapeutische gemeenschap, waar de klient- staf vergadering als een therapeutisch gebeuren wordt gehanteerd, is op de AG het klient- staf overleg een bij uitstek zakelijke bespreking die per keer niet langer dan 15 minuten duurt. Konflikten en spanningen tussen klienten en teamleden, waarbij eventueel de teamleider of de hoofdverpleegkundige is te betrekken, worden bij voorkeur in het kader van de therapeutische werkrelatie opgelost. In dit overleg komen hoofdzakelijk zaken aan de orde welke het leven van dag tot dag betreffen. De hoofdverpleegkundige treedt op als gespreksleider.

1.2.5. Supervisie en intervisie

Wekelijks krijgen de co-therapeuten praktijkbegeleiding in de vorm van individuele en groepsgewijze supervisie onder leiding van de part-time psycholoog resp. de klinisch-psycholoog. Centraal staat het funktioneren van de therapeut in de behandelingssituatie, i c. in de werkrelatie en in de werkwijze. Er komen zaken aan de orde m.b.t. de gespreksvoering en de praktische uitvoering van oefeningen. De supervisies zijn vooral bedoeld om therapeutische vaardigheden aan te leren zowel door ze te bespreken als door ze in rollenspelen in te oefenen (Wolberg 1967, Garfield 1977, Matarazzo 1978)*.

Permanente supervisie is een noodzakelijk bestanddeel van de werkzaamheden van de co-therapeut. Op grond van zijn klinische ervaring leert de supervisor de supervisand theoretische kennis in effectief praktisch handelen om te zetten. In de supervisie komen zowel het therapeutisch proces als de administratieve kanten en de specifieke probleemsituaties aan bod. Het doel van de supervisiebijeenkomsten is om de therapeut te helpen adequaat te funktioneren in de therapie en niet om de persoonlijke problemen van de therapeut te bespreken. Typerend in deze structuur is de triadische relatie tussen supervisor, supervisand en de klient. Daarbij bestaat zowel tussen de eerste en de tweede en de tweede en de derde een edukatieve en didaktische relatie, vergelijkbaar met die van een leraar tot zijn leerling.

* Terwijl de psychoanalytische literatuur rijk is aan geschriften over supervisie (o.a. Wolberg 1967), is in de gedragstherapie tot nu toe nagenoeg niet over dit onderwerp geschreven. Zie o.a. Wolpe en Boyton (1978); Gray (1974); Davison, Goldfried en Krasner (1970) en Linehan (1981).



Figuur 1.3. De twee complementerende relatiegerichte (c.q. probleem oplossende) en techniekgerichte (c.q. klachtbestrijdende) supervisie triaden op de AG.

Figuur 1.3. geeft aan hoe de 2 supervisie triaden klinisch-psycholoog, co-therapeut, cliënt en part-time psycholoog, co-therapeut en cliënt zijn verweven. De beide triaden zijn verbonden door de supervisie-relatie tussen klinisch-psycholoog en part-time psycholoog. In het algemeen fungeert de supervisor als model voor de supervisand. Van belang daarbij is dat de supervisand komt tot een eigen stijl van werken van waaruit hij procedures en technieken effectief en efficiënt weet toe te passen. Derhalve is het zaak de supervisand niet letterlijk te vertellen wat of hoe te doen, maar hem te leren zelf, op verantwoorde wijze, logische conclusies te trekken en creatieve oplossingen te bedenken.

In de supervisies komen een aantal terugkerende items aan bod zoals o.a. : (a) het leren onderhouden van de therapeutische alliantie met de cliënt; (b) het leren in praktijk brengen van empathisch begrip; (c) het leren ontwikkelen van het vermogen tot observatie; (d) het leren bewust worden van de eigen motivaties; (e) het leren onderkennen van de eigen tekortkomingen; (f) het leren luisteren met een "vrij flotterende aandacht"; (g) het leren herkennen van cliënt's gedragingen; (h) het leren herkennen van de intrinsieke en extrinsieke winstfactoren van de

klient; (i) het leren taxeren van klient's angst en weerstand en (j) het leren op tijd te intervenieren met adequate procedures en technieken.

In de eerste triade gaan de supervisiegesprekken hoofdzakelijk over de therapeutische relatie co-therapeut- klient. Tussen gedragstherapeut en de klient bestaat een direkt individueel kontakt, dat gericht is op het leren (h)erkennen en oplossen van problemen. In de tweede triade gaan de supervisiegesprekken voornamelijk over de invoering van empirisch effectief gebleken procedures en technieken. Tussen part-time psycholoog en de klient is er geen direkt individueel kontakt, wel groepsgewijs kontakt met name voor de modificatie van cognities. In het supervisie-gebeuren van de co-therapeut komplementeren de klinisch- psycholoog en de part-time psycholoog elkaar in die zin dat in de eerste triade de nadruk ligt op relationele factoren en in de tweede triade op technische factoren.

Naast de individuele supervisie die ongeveer 1 uur per week per persoon beslaat en de groepssupervisie van ongeveer 1.5 uur per week, is er intervisie die door de co-therapeuten zelf is ingesteld. De intervisie- bijeenkomsten vinden maandelijks buiten werktijd plaats, en betreffen met name het eigen functioneren. Het streven is irritaties, frustraties en andere moeilijkheden van de therapeuten over de klienten te uiten en het eigen aandeel in moeilijkheden daarbij te doorzien.

1.3. Behandeling

Het doel van de reguliere ziekenhuisopname op de AG is in het gegeven tijdbestek de neurotische klachten te verhelpen en de persoonlijke problemen van de klient op te lossen. Het streven is een algehele verbetering in de toestand van de klient te bewerkstelligen door storende konflikten, gevoelens en gedragingen zodanig te bewerken dat deze opgeheven of verminderd kunnen worden en in het laatste geval een ambulante therapie (weer) op gang te brengen. De selektiekriteria zijn opgesteld op grond van 3 overwegingen : (a) de gepresenteerde klachten en problemen laten de opstelling toe van een tentatief behandelings-programma; (b) de probleemgedragingen en kenmerken van de klient zijn hanteerbaar door het aanwezige personeel met de beschikbare middelen en (c) het klachtenpatroon bij opname heeft een redelijke kans op verbetering en is in een ambulante setting naar alle waarschijnlijkheid niet effectiever te behandelen.

In de volgende paragrafen komen de formele en inhoudelijke aspecten die betrekking hebben op de klinische opname aan bod, te weten diagnostiek, opname, verblijf, ontslag en evaluatieprocedures.

1.3.1. Aanmelding en diagnostiek

De klient die zich aanmeldt of wordt aangemeld, dient zich als regel door de huisarts te laten verwijzen voor een orientatiedag teneinde na te gaan of er een opname op de AG geïndiceerd wordt geacht. Samen met een

signifikant persoon uit zijn leefmilieu, doorgaans een of meerdere gezinsleden, krijgt hij de gelegenheid kennis te maken met de afdeling en het afdelingsgebeuren. De intakeprocedure bestaat uit 3 gesprekken, achtereenvolgens met het afdelingshoofd, de hoofdverpleegkundige en de konsulent- arts, waarna het team komt tot een advies betreffende een opname. Indien met klient overeenstemming wordt bereikt over de opname, worden de huisarts en andere verwijzers van het besluit op de hoogte gesteld. Wanneer besloten is op te nemen, komt de klient doorgaans op een wachtlijst te staan.

In het algemeen is te stellen dat alle klienten die voor psychotherapie geschikt zijn ook voor gedragstherapie in aanmerking komen. Bekend is de door Schofield (1964) gekarakteriseerde YAVIS-klient ("Young, Attractive, Verbal, Intelligent, successful") die, afkomstig uit de midden- of hoge klasse, het meest voldoet aan de typering van de geprefereerde kandidaat- klient. Een YAVIS-klient beschikt over de volgende eigenschappen :

"... logical thinking rather than magical expectations, internalization of problems and the tendency to self blame rather than acting out and projection; a wish to actively change one's environment instead of a passive, fatalistic stance towards reality, self-control; a need to relate to people; and a desire to talk to others about personal problems" (McMahon, 1964, p.236).

De tegenpool van de YAVIS-klient, aangeduid als NON-YAVIS, is gewoonlijk afkomstig uit een lagere sociale klasse. De NON-YAVIS persoon wordt gewoonlijk als minder geschikt geschouwd voor elke vorm van psychotherapie, inclusief gedragstherapie (Goldstein 1971). De naar de AG verwezen klienten behoren zowel tot de YAVIS als de NON-YAVIS groep, hebben allen veelal een of meer niet geslaagde behandelingen achter de rug en zien geen perspectieven voor een ambulante behandeling*.

Een conditio sine qua non om voor klinische behandeling op de AG in aanmerking te komen, is gemotiveerdheid. Van belang is te weten of de klient integer is, de wens heeft te veranderen, ervoor wil werken, uit vrije wil komt en niet een al te grote "ziektewinst" boekt. Daarenboven is het voordelig dat hij psychologie- "minded" is, dat wil zeggen : zelfkennis wil verwerven, gelooft in zelfdeterminatie, introspektief kan zijn, in staat is tot zelfreflectie en over een voldoende dosis realiteitsbesef beschikt. Klinisch neemt men aan dat motivatie een cruciale faktor voor sukses is, zodat gewoonlijk klienten hierop worden geselecteerd. Vooral lijkt het van belang de motivatie van de klient om een werkrelatie met het team i.c. de gedragstherapeut aan te gaan. Anderen (o.a. Meltzoff en Kornreich 1970) konkluderen echter op grond van een overzicht van onderzoekgegevens dat motivatie aan het begin van de behandeling niet een noodzakelijke faktor is voor een goede uitkomst. Het gaat om de groei ervan gedurende de behandeling. Duidelijk is wel dat de

* Goldstein (1971) duidt de NON-YAVIS klient ook aan met de term HOUND, een acronym voor "Humble, Old, Unattractive, Nonintelligent, Dull".

klient realistische verwachtingen ten aanzien van de behandeling dient te hebben en hierbij kan therapievoorbereiding de motivatie verhogen. De implicaties van de behandeling dienen bij voorkeur gedetailleerd te worden besproken met zowel de klient als de significante anderen, om zodoende de verwachtingen te optimaliseren en de prognose te begunstigen (Bloch 1979a en b; Gelder 1979).

De AG is deel van een psychiatrisch ziekenhuis. Registratie vindt daarom plaats volgens een veel gebruikt psychiatrisch klassifikatiesysteem, de ICD-9. Het voornaamste formele criterium om zich voor de intake op de AG te kunnen aanmelden is dat de klient konform de landelijk vigerende registratieregelingen voldoet aan de diagnostische definities van fobische neurose of dwangneurose volgens het klassifikatiesysteem van de "World Health Organization" (W.H.O. 1977). De negende revisie van de "International Classification of Diseases" (ICD-9) (W.H.O. 1977) duidt fobische neurose aan met : "Phobic State " en dwangneurosen met : "Obsessive- compulsive disorders". Voor omschrijvingen van persoonlijkheidsstoornissen en stress- genererende levensproblemen, welke op de AG ook formeel worden toegepast, wordt eveneens gebruik gemaakt van ICD-9.

De technische aanduiding "persoonlijkheidsstoornissen" is gereserveerd voor een achttal specifieke onaangepaste en storende habituele reaktiepatronen die in de ICD-9 zijn onderverdeeld in :

- (a) Paranoid personality disorder.
- (b) Affective personality disorder.
- (c) Schizoid personality disorder.
- (d) Explosive personality disorder.
- (e) Anankastic personality disorder.
- (f) Hysterical personality disorder.
- (g) Asthenic personality disorder.
- (h) Personality disorder with predominantly sociopathic or a-social manifestation.

Naast registratie van neurotische reaktievorm en de persoonlijkheidsstoornis vindt ook inventarisatie van de aanwezige levensproblemen plaats. Illustratief is een klient die zich aanmeldt met hardnekkige dwangneurotische klachten, die zij ontwikkeld heeft na het overlijden van haar dochter en die door spanningen voortkomend uit een wantrouwende manier van kontakt- leggen werden versterkt. De op administratieve gronden gehanteerde psychiatrische diagnose luidt hier : "dwangneurose bij een paranoide persoonlijkheid met een onverwerkte rouwproblematiek". Een andere veel voorkomende diagnose is : "fobische neurose bij een hysterische persoonlijkheid met huwelijksproblemen". Bij gebrek aan beter biedt de taxonomie het voordeel dat niet elk geval en detail beschreven hoeft te worden en dat er ondanks alle tekortkomingen enige structuur voorhanden is. De rubriek fungeert als nuttig symbool en is geenszins een rigide categorie. Voor een inhoudelijke beschrijving van fobische- en dwangneurosen zij verwezen naar hoofdstuk 3.

1.3.2. Opname

Nadat klient en team besloten hebben tot behandeling op de AG, wordt de klient, na enige tijd op een wachtlijst te hebben gestaan, opgenomen. Alle klienten krijgen een proefopname van 12 weken. De eerste weken zijn bedoeld als akklimatiseringsperiode waarbij de klient de gelegenheid krijgt zich aan te passen aan de groep en zich thuis te voelen op de afdeling. Gedurende deze ook als observatietermijn te beschouwen periode krijgt de klient een algemeen medisch en psychologisch onderzoek. De klient maakt nader kennis met de medeklienten, de teamleden en de gestructureerde werkwijze van de AG. Hij kan zich een beeld vormen van de verscheidene stadia van de therapie, hoe de therapie voor hem zal verlopen, wat er zoal zal plaatsvinden in het contact met medeklienten en hij krijgt bovendien duidelijk te horen wat hem in de therapie zal worden geleerd. Hierover is hij deels reeds tijdens de oriëntatie geïnformeerd*.

Bij opname dient men rekening te houden met mogelijke ontmoediging van de klient (cf. Frank 1979). Op deze ontmoediging dient bij de opvang te worden gelet door de co-therapeut (die de klient in onderling overleg krijgt toegewezen en met wie hij een klachtgericht behandelingsplan opmaakt). Als handvat dient het zelfkontrakt, dat de klient met behulp van de co-therapeut met zichzelf sluit (zie : Appendix 1.A.). Het kontrakt is een schriftelijke overeenkomst van de klient met zichzelf, in samenspraak met de betrokkenen. Het bestaat uit de vaststelling van de tijdslimiet, de selectie van doelstellingen (geordend naar moeilijkheidsgraad), de contingenties ("beloning" en "straf"), en de ondertekening van de akkoordverklaring. Aan de hand van het kontrakt formuleert de klient in konkrete termen met co-therapeut zijn globale, algemene en specifieke doelstellingen. De globale doelstellingen hebben betrekking op hetgeen de klient tijdens de opname, die in principe niet meer dan 36 weken beslaat, beoogt te bereiken. De algemene doelstellingen refereren naar hetgeen de klient in termijnen van 12 weken en de specifieke doelstellingen naar hetgeen de klient in termijnen van 3 weken beoogt. Met het kontrakt wordt de eigen verantwoordelijkheid en actieve deelname van de klient ten behoeve van de vooruitgang gestimuleerd. Tevens krijgt de klient een structuur aangeboden waarin hij cooperatief kan meewerken en waarin hij vooral zijn verwachtingen in de therapie kan aanpassen aan wat redelijkerwijs mogelijk is, zodat eventuele teleurstellingen over de opname kunnen worden ingedamd (cf. Rosen 1978; Wilson 1980)**.

* In het kader van de therapie worden funktionele analyse en behandelingsplan opgesteld; ook wordt een begin gemaakt met het invoeren van specifieke interventies.

** De onderzoeksliteratuur over prognostische verwachtingen van klienten zijn enigszins teleurstellend en hebben niet geleid tot eensluidende konklusies. Ofschoon men nog steeds het belang van de positieve verwachtingen van de klient benadrukt, stelt Wilkins (1979) dat er vooralsnog te weinig empirisch bewijs voorhanden is voor de validiteit van het konstrukt "verwachting" met betrekking tot therapie- effecten. Wel lijkt het waardevol de klient voor therapie voor te bereiden door reële en aangepaste verwachtingen te induceren (Frank 1978).

Niet alle afgesproken opnemingen komen daadwerkelijk tot stand. Uit de literatuur is bekend dat over het algemeen een derde van de mensen die zich voor psychotherapie aanmelden, deze uiteindelijk weigeren. Voor wat betreft gedragstherapie vond Marks (1978) dat 23 % van enkele honderden bij het "Maudsley Hospital" aangemelde klanten het aangeboden niet aksepteerden. Aan deze weigering zouden vooral sociaal- economische factoren, i.c. opleidings- en beroepsnivo, debet zijn (Garfield 1978). In het geval de klient van opname afziet wordt hij als regel terugverwezen naar de huisarts.

1.3.3. Verblijf

De klient weet van meet af aan dat het streven is dat het verblijf op de afdeling niet langer dan 36 weken zal zijn. Deze periode is op te splitsen in 3 termijnen van 12 weken, die op hun beurt weer in 4 gelijke termijnen worden ingedeeld. Gedurende de opname heeft de klient in totaal 10 vrije dagen tot zijn beschikking, waarvan niet meer dan 5 aaneengesloten mogen worden opgenomen. Dit gebeurt alleen indien de eerste 12 weken redelijk succesvol zijn verlopen. De overige 5 dagen zijn op te nemen voor bijzondere gelegenheden zoals verjaardagen of feestdagen. In geval van ziekte is het de klient geoorloofd thuis te blijven, zulks ter beoordeling van de medisch- konsulent of eigen huisarts in overleg met het team. Om administratieve redenen is het niet mogelijk langer dan 14 dagen aaneengesloten afwezig te zijn. Dan vindt (automatisch) uitschrijving plaats, evenzo wanneer de klient het toegestane maximum aan vrije dagen overschrijdt. In het weekend verblijft de klient in de regel thuis om het contact met het eigen milieu te behouden en het geleerde in de eigen omgeving toe te passen. Indien meer dan 50 % van de klachten verdwenen zijn, vindt een verlenging van het weekend plaats en wordt een afbouw van het verblijf in gang gezet.

De werkweek vormt de tijdseenheid waarmee op de AG gewerkt wordt. Het werkrooster omvat de praktische uitwerking van het kontrakt, waarbij niet alleen de klachtgerichte doelstellingen, maar ook de middelen waarmee ze kunnen worden bereikt en het "rapportcijfer" worden vastgesteld. De cijfers (zie Appendix 1.B.) hebben een soortgelijke betekenis als schoolcijfers. Deze werkwijze sluit aan op de gedragsgerichte diagnostiek van Kanfer en Saslow (1969) en is soortgelijk aan de zogehete probleem-georiënteerde informatieverzameling (Ryback 1974). De gedragsmatige formulering geeft duidelijkheid ten aanzien van de nagestreefde doelen, de wijze waarop ze te verwezenlijken zijn en zet aan tot een actiegericht houding in de therapie. Ook kan op deze wijze enige duidelijkheid verkregen worden over het besluitvormingsproces, en kunnen eventuele discrepanties tussen wensen en realiteit worden opgeheven. Met het werkrooster kan aan het behandelingsplan structuur worden gegeven, zodat klient en co-therapeut (van dagdeel tot dagdeel) weten waarmee ze bezig zijn.

Over het verband tussen het resultaat en de duur van klinisch psychiatrische behandelingen i.c. klinische (gedrags) psychotherapie van

neurotische klanten is weinig bekend. De onderzoeksliteratuur over zowel de ambulante psychotherapieën (Garfield 1978) als over de duur van klinische behandelingen (Erickson 1975) met betrekking tot het therapie-effect is vaag en onduidelijk. De termijn van 36 weken stoelt op klinische ervaring over het optimaal bereikbare resultaat bij efficiënte tijdbesteding*. De rationale hiervan is dat de klant gemotiveerd wordt zich actief in te zetten en zijn tijd goed in te delen. Planning geschiedt over langere (12 weken) en kortere (3 weken) perioden. De verblijfsduur zal leiden tot een aanpassing van de verwachtingen over de duur van de therapie en het tempo van het therapieproces bepalen. De zelfstandigheid wordt bevorderd door de klant opdrachten te geven voor het weekend thuis dat progressief verlengd wordt en dat een essentieel bestanddeel van het therapiepakket is. Verder is het van belang de klant op de hoogte te stellen over de "ups" en "downs" die zich in het therapeutisch leerproces kunnen voordoen, zodat een downperiode adequaat is te hanteren en onnodige teleurstellingen voorkomen worden (Cautela en Upper 1975).

1.3.4. Ontslag

Het streven is de behandelingstermijn op 36 weken te stellen. Op de AG geldt als criterium voor vooruitgang dat de klachten ten gunste zijn veranderd, zoals de klant dat zelf in percentages (subjektief) aangeeft : 1-50 % (= "beter"), 51-75 % (= "veel beter"), 76-100 % (= "zeer veel beter").

Er zijn 3 manieren om met ontslag te gaan : in consensus, op advies (van de instelling) en tegen advies. De eerste mogelijkheid, het ontslag in consensus, geschiedt in onderling overleg tussen klant en team en kan 36 weken na de opname of eerder plaatsvinden. Als dit eerder plaatsvindt is er doorgaans sprake van een opname die in minder dan de daarvoor beschikbare tijd tot succes heeft geleid. Bij ontslag in onderling overleg wordt de klinische therapie geleidelijk afgebouwd door bij een zelfbeoordelingspercentage van 50 een verlofdag in te voeren. Tijdens deze afbouwfase brengt men steeds meer dagen thuis door wat uiteindelijk kan culmineren in een proefontslag waarop uiteindelijk een definitief ontslag volgt. (cf. Strupp, Hadley en Gomes-Schwartz 1977).

De tweede mogelijkheid : ontslag op advies van de instelling wanneer verdere opname niet zinvol is. Dit gebeurt echter zelden. Het kan zijn dat de klant niet het nodige "ziekte-inzicht" verkregen heeft en de "ziektewinst" niet heeft weten te doorbreken. Met de klant kan worden gezocht naar alternatieve behandelingsvormen waarna hij alsnog voor een therapie op de AG in aanmerking kan komen.

De derde mogelijkheid is ontslag op initiatief van de klant en tegen

* In de eerste paar jaar werd de termijnstelling flexibeler gehanteerd dan nu, maar in de loop van de ontwikkeling is een kortere termijnstelling beter gebleken.

advies van het team. Vanzelfsprekend acht het team verdere behandeling in dit geval nodig en zinvol. Dit in de literatuur als "drop out" probleem bekendstaande onderwerp doet zich op de AG in beperkte mate voor.

Het tijdstip van de terminering van gedragstherapie is een kwestie van taxatie. Op de AG streeft men naar 76-100 % verbetering (of klachtenvermindering). Na ontslag kan de klient gebruik maken van de nazorg. Van de gehele opname-, verblijfs- en ontslagprocedure wordt de huisarts en andere betrokken instanties bij terminering door middel van een ontslagbrief op de hoogte gesteld.

1.3.5. Evaluatie

De klinische gedragstherapie op de AG omvat in grote lijnen 3 onderdelen : (a) identifikatie van specifieke klachten en problemen waaraan gewerkt wordt tijdens de opname, (b) toepassing van procedures en technieken door de therapeut en het leren van probleemoplossende vaardigheden door de klient om de gewenste (gedrags)veranderingen te bereiken en in stand te houden en (c) evaluatie van behandelingsverloop (cf. Cautela en Uppur 1975; Rinn en Vernon 1975).

De evaluatie van het therapeutisch proces geschiedt op de AG op 2 manieren, schriftelijk en mondeling. Het schriftelijk gedeelte geschiedt door middel van registratie van frekwentie en tijd (en eventueel intensiteit) van dwanggedrag bij dwangneurose en het skoren van het angst- en vermijdingsnivo bij fobieën in het dagboek van de klient. De frekwentietelling is te vergemakkelijken door het gebruik van een teller ("wildteller"); de tijd kan d.m.v. een stopwatch worden bijgehouden. Meer geavanceerd is het apparaat dat voor meting van "smetvrees- wasdrang" is ontwikkeld waarmee tijd en frekwentie van het handen wassen aan een bepaalde kraan kan worden gemeten*. De schalen voor het angst- en vermijdingsnivo bevatten een negental punten. Deze gaan van 0 ("helemaal op mijn gemak"/"ik vermijd die situatie nooit") tot en met 8 ("helemaal in paniek"/"ik vermijd het altijd"). De persoon zet een kruisje voor elk van de angstsituaties, die aan de doelstellingenlijst is ontleend en waaraan op dat moment gewerkt wordt. Alle verkregen data worden vervolgens grafisch weergegeven, zodat de klient eventuele progressie kan zien. Ook is het mogelijk de interventies zodanig te variëren dat een vergelijking te maken is tussen de verschillende fasen (Zie voor de techniek hiervan : Barlow en Hersen 1976 of Kratochwill 1978).

Het mondelinge gedeelte van de evaluatie geschiedt in de zogenaamde evaluatietrainingen, die tweemaal per week op de afdeling plaatsvinden. De klient geeft eens per week aan voor hoeveel procent hij van zijn klachten waarvoor hij kwam, en welke in de globale doelstellingenlijst zijn opgetekend, is afgekomen. Eveneens eens per week geeft hij door middel van een cijfer aan hoe de kwaliteit van inzet, die hij zich heeft

* Dokumentatie over dit apparaat is te vinden in het Handboek voor Gedragstherapie (Orlemans, Brinkman, Haayman en Zwaan 1978).

getroost bij het uitvoeren van de klachtgerichte (praktische) oefeningen, is geweest. De klient tekent verder dagelijks op hoe de kwaliteit van zijn inzet is geweest met betrekking tot de uitvoering van het aangeboden activiteiten-programma. De resultaten worden opgetekend in een "zelfbeoordelings-staat" die een overzicht geeft van de percentsgewijze vordering en de mate van inzet gedurende het verblijf (zie : Appendix 1.C. voor de beoordelings-staat en de betekenis van percentages en cijfers). Het doel van zelfregistraties is enerzijds het geven van inzicht in de resultaten en het verband tussen resultaten en de feitelijke inzet en anderzijds bij te dragen aan de verbetering van het therapieprogramma van de individuele klient (cf. Nelson 1977).

1.4. Kwantitatieve analyse van de bezetting

Vanaf maart 1977 tot en met december 1980 werden op de AG bijna 300 klienten uit het gehele land aangemeld waarvan 111 klienten tenslotte werden opgenomen*.

Zoals Tabel 1.II. aangeeft waren psychologen in de onderzoeksperiode de voornaamste verwijzers, vervolgens de "Fobieclub", dan psychiaters, huisartsen en andere artsen en tenslotte maatschappelijk werkenden, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen of (zeer beperkt) de klient zelf, tezamen ondergebracht in de categorie "anderszins". De "Fobieclub" heeft als eerste verwijzer voor het bestaan van de AG in de afgelopen jaren een belangrijke rol gespeeld (Zwaan en De Wolf-Ferdinandusse 1976).

Tabel 1.II. Verdeling van de opnames naar eerste verwijzers in aantallen en percentages in de periode (maart) 1977 tot 1981.

Eerste verwijzer	n	%
(Huis)arts	9	8
Psycholoog	40	36
Psychiater	11	10
Fobieclub	39	35
Anderszins	12	11
Totaal	111	100

* Ter orientatie : De totale opnamecapaciteit van het psychiatrisch ziekenhuis waarvan de AG een onderdeel is, is 180 plaatsen. In 1979 vonden in totaal 449 opnames plaats, waarvan 30 op de AG (8 %); dit is 22 % van het totaal aantal opgenomen klienten met neurotische klachten.

Tabel 1.III. Verdeling van cliënten naar algemene categorieën.

Rubriek	n	%
Fobische neurose	56	50
Agorafobie 44		
Sociale fobie 4		
Claustrofobie 2		
Specifieke fobie 3		
Gewichtsfobie 3		
Dwangneurose	51	46
Fobische dwang 21		
Twijfeldwang 30		
Anderszins	4	4
Angstneurose 3		
Neurotische depressie 1		
Totaal Generaal	111	100

In Tabel 1.III. zijn de diagnoses vermeld van de 111 opgenomen cliënten. Er zijn 56 fobici, 51 dwangneurotici en 4 anderszins neurotisch. Van belang is op te merken dat de verhouding tussen fobie en dwang ongeveer gelijk is. De agorafobici vormen verreweg de meerderheid in de categorie van de fobische neurose. In de categorie van de dwangneurose zijn er wat meer cliënten met twijfeldwang (30) dan fobische dwang (21). De categorie "anderszins" bestaat uit angstneurose (3) en depressieve neurose (1). Het betreft hier ten onrechte opgenomen cliënten.

Tabel 1.IV. Verdeling van het cliëntenbestand naar geslacht, leeftijd en burgerlijke staat in de verschillende diagnostische groepen.

Rubriek	Vrouwen	Mannen	Leeftijd bij opname					Burgerlijke staat			%
			≤19	20-29	30-39	40-49	≥50	ongetrouwd	getrouwd	getrouwd geweest	
Fobie	36	19	-	16	30	7	2	16	36	3	50
Dwang	44	8	2	21	16	10	3	11	34	7	46
Anderszins	4	-	-	-	1	1	2	-	4	-	4
Totaal	84	27	2	37	47	18	7	27	74	10	100

De kenmerken van de opgenomen cliënten, i.c. geslacht, leeftijd bij opname en burgerlijke staat zijn in Tabel 1.IV. aangegeven. Er werden

meer vrouwen (85) dan mannen (26) opgenomen. De leeftijdsgroep van 20 tot 39 vormde de grote meerderheid (84) evenals de gehuwden (74) : 67 %. Bijna de helft van de opgenomen klanten komt uit Zuid-Holland, bijna een kwart uit Noord-Holland, ruim een-tiende uit Noord-Brabant en uit de verder weg gelegen provincies komt 17 % (zie Tabel 1.V.).

Tabel 1.V. Verdeling van cliënten naar provincies in aantallen en percentages in de periode (maart) 1977 tot 1981.

Diagnose	jaar	ZH	NH	N-Br.	Gld.	Zeel.	Limb.	Utr.	Gron.	Ov.	Frl.	Dr.	n
Fobie	1977	7	5	1									13
	1978	8	2	1	2		1						14
	1979	12	3										15
	1980	12	1	1									14
Dwang	1977	1	3	1		1			1	1			8
	1978	1	4	4	2		1						12
	1979	4	5	1	1	1	1						13
	1980	5	3	4	2	2		1			1		18
Anders-zins	1977	1	1										2
	1978												0
	1979	2											2
	1980												0
Totaal	77 t/m 80	53	27	13	7	4	3	1	1	1	1	0	111
%	77 t/m 80	48	24	12	7	4	3	1	1	1	1	0	100

Tabel 1.VI. geeft aan dat door de jaren heen onder de vrouwen vaker dwangneurotici voorkomen dan fobici en onder de mannen meer fobici dan dwangneurotici.

Tabel 1.VI. Verdeling van opnemingen van (maart) 1977 tot 1981, naar geslacht en diagnose.

Jaar	OPNEMINGEN			
	Vrouwen		Mannen	
	Fobie	Dwang	Fobie	Dwang
1977	12	7	1	-
1978	11	12	2	2
1979	8	10	7	3
1980	5	15	9	3
Totaal	36	44	19	8

In het algemeen werden er door de jaren heen relatief meer klanten opgenomen. In totaal vonden over de onderzoeksgroep 7 heropnemingen plaats, waarvan 4 elders en 3 op de AG.

Tabel 1.VII. Verdeling naar ontslagen van (maart) 1977 tot 1981, opgesplitst naar wijze van ontslag.

ONTSLAGEN				
Jaar	Totaal	op advies	tegen advies	in consensus
1977	10	-	4	6
1978	24	1	1	22
1979	33	5	5	23
1980	30	1	5	24
Totaal	97	7	15	75

Tabel 1.VII. geeft de aard van het ontslag weer in de verschillende jaren. In totaal waren 97 van de 111 klanten eind december 1980 ontslagen, hiervan vertrok de grote meerderheid (77 %) in consensus, een kleine minderheid (7 %) op advies van de afdeling en een ruime minderheid (15 %) tegen advies. Degenen die op advies weggingen, waren ten onrechte opgenomen klanten. Verschillende factoren waren hieraan debet : verkeerde diagnoses, crisis- situaties, onjuist ingeschatte chroniciteit en te ver weg wonen van de klient.

1.5. Vergelijking met andere klinieken

Sinds enige jaren ontmoeten stafleden van een viertal klinisch gedragstherapeutische centra in Nederland (3) en België (1) elkaar in de werkgroep "Klinische Gedragstherapie", teneinde ervaringen over methode en werkwijze uit te wisselen. De centra blijken alle dezelfde doelstelling te hebben, namelijk het verhelpen van de neurotische symptomen en het oplossen van de persoonlijke problemen waarna (eventueel) de behandeling op ambulante basis kan worden voortgezet. Met uitzondering van de AG (Delft) zijn de centra als onderdeel van psychiatrische universiteitsklinieken gevestigd, te weten : Maastricht, Nijmegen en Leuven (Kortenberg, B.)*. Op de overeenkomsten en verschillen van deze

* De kontaktpersonen van de centra zijn : T. Schmidt (Maastricht), H. Orlemans (Nijmegen) en P. Cozijns (Leuven); B. Tilmans heeft binnen de werkgroep "Klinische Gedragstherapie" het vergelijkingsmateriaal verzameld en op het 9e Europese Congres voor Gedragstherapie gepresenteerd (Tilmans 1979).

centra, alsmede van een in de toekomst op te zetten West-Duits klinisch instituut voor gedragstherapie, waarvan een projektverslag is verschenen (Kanfer, Nai, Oberberger en Brengelmann 1978), wordt in het volgende summier ingegaan. Wat betreft de toelatingskriteria valt het op dat er sprake is van een continuüm, van zeer specifiek (Delft) naar zeer algemeen (Muenchen) met daarbij behorende konsekventies ten aanzien van de specificiteit van de benadering. In het algemeen hanteren de bestaande klinieken de volgende uitsluitingskriteria : (a) in geval van zwakzinnigheid en psychose, wanneer de klient geen instructies kan volgen of zichzelf niet kan verzorgen; (b) in geval van psychosomatische aandoeningen als hoofdklacht, indien er sprake is van een acuut lichamelijke ziekte; (c) in geval van ernstige suicidaliteit en ernstig ageren (dus indien zeer speciale veiligheidsmaatregelen nodig zijn) en (d) in geval van alcoholisme en andere verslavingen, indien dit probleemgedrag van chronische aard is. In elk centrum zijn funktionele analyses en behandeling op de persoon toegesneden. Groepstherapie is in Nijmegen, Kortenberg en Muenchen of op indicatie of verplicht te volgen; echter niet in de Maastrichtse en Delftse situatie, waar ze alle uitsluitend verplicht zijn. Uit een overzicht van Tilmans (1979) blijkt dat de genoemde klinieken verschillen laten zien ten aanzien van toelatingskriteria, de personeelsbezetting en capaciteit van de kliniek alsmede het belang dat wordt toegekend aan co-therapeuten.

1.6. Referenties

- American Psychiatric Association Task Force on Behavior Therapy. (1973): Behavior Therapy in Psychiatry (Report No. 5). Washington D.C. : American Psychiatric Association.
- Ayllon, T. en Michel, J. (1959) : The psychiatric nurse as a behavioral engineer. Journal of the Experimental Analyses of Behavior, 2, 323-334.
- Baekeland, M. en Lundwall, L. (1975) : Dropping out of treatment : A critical review. Psychological Bulletin, 82, 738-783.
- Barlow, M. en Hersen, D.H. (1976) : Single Case Experimental Designs : Strategies for Studying Behavior Change. New York : Pergamon Press.
- Bierenbroodspot, P. (1974) : De Therapeutische Gemeenschap en het Traditionele Psychiatrisch Ziekenhuis. Meppel : Boom en Zoon.
- Bird, J., Marks, I.M. en Lindley, P. (1979) : Nurse therapists in psychiatry : Developments, controversions and implications. British Journal of Psychiatry, 135, 321-329.
- Bloch, S. (1979a) : Introduction to the Psychotherapies. New York : Oxford University Press.
- Bloch, S. (1979b) : Assessments of patients for psychotherapy. British Journal of Psychiatry, 135, 193-208.
- Boulougouris, J.C., Marks, I.M. en Marset, P. (1971) : Superiority of flooding to desensitization as a fear reducer. Behaviour Research and Therapy, 9, 7-16.
- Brinkman, W. (1978) : Het gedragstherapeutisch proces. In : J.W.G

- Orlemans, W. Brinkman, W.P. Haayman en E.J. Zwaan (Red.) : Handboek voor Gedragstherapie. Deventer : Van Loghum Slaterus.
- Cautela, J.R. en Upper, D. (1975) : The process of individual behavior therapy. In : M.Hersen, R.M. Eisler en P.M. Miller (Eds.) : Progress in Behavior Modification (Vol. 1) New York : Academic Press.
- Davison, G.C., Goldfried, M.R. en Krasner, L. (1970) : A postdoctoral program in behavior modification : Theory and practice. American Psychologist, 25, 767-772.
- De Moor, W. (1979) : Pleidooi voor een integratieve benadering. Tijdschrift voor Psychotherapie, 5, 305-319.
- Erickson, R.C. (1975) : Outcome studies in mental hospitals : A review. Psychological Bulletin, 82, 519-540.
- Eysenck, H.J. (1975) : The Future of Psychiatry. London : Methuen.
- Frank, J.D. (1978) : Psychotherapy and the human predicament : A psycho-social approach. New York : Schocken Books.
- Frank, J.D. (1979) : What is psychotherapy ? In : S. Bloch (Ed.) : An Introduction to the Psychotherapies. New York : Oxford University Press.
- Freedman, A.M., Kaplan, H.I. en Sadock, B.J. (1980) : Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore : Williams en Wilkins.
- Freedman, D.X. en Dyrud, J.E. (1975) : The prescription of treatment for adults. In : S. Arieti (Ed.) : American Handbook of Psychiatry (2nd ed.) New York : Basic Books.
- Garfield, S.L. (1977) : Research on the training of professional psychotherapists. In : A.S. Gurman en A.M. Razin (Eds.) : Effective Psychotherapy : A Handbook of Research. New York : Pergamon Press.
- Garfield, S.L. (1978) : Research on client variables in psychotherapy. In : S.L. Garfield en A.E. Bergin (Eds.) : Handbook of Psychotherapy and Behavior Change : An Empirical Analysis (2nd ed.) New York : Wiley.
- Gelder, M. (1979) : Behaviour therapy. In : S. Bloch (Ed.) : An Introduction to the Psychotherapies. New York : Oxford University Press.
- Ginsberg, G. en Marks, I.M. (1977) : Costs and benefits of behavioural psychotherapy : A pilot study of neurotics treated by nursetherapists. Psychological Medicine, 7, 685-780.
- Goldstein, A.P. (1971) : Psychotherapeutic Attraction. New York : Pergamon Press.
- Gray, J.J. (1974) : Methods of training psychiatric residents in individual behavior therapy. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 5, 19-25.
- Gurman, A.S. (1977) : The patient's perception of the therapeutic relationship. In : A.S. Gurman en A.M. Razin (Eds.) : Effective Psychotherapy : A Handbook of Research. New York : Pergamon Press.
- Hartlage, L.C. en Sperr, E.V. (1980) : Patient preferences with regard to ideal therapist characteristics. Journal of Clinical Psychology, 36, 288-291.
- Kanfer, F.H., Nai, N., Oberberger, H. en Brengelmann, J.C. (1978) :

- Planning an institution for behavior therapy : A project report. Behavioural Analysis and Modification, 2, 146-162.
- Kanfer, F.H. en Phillips, J.S. (1966) : Behavior therapy : A panacea for all ills or a passing fancy ? Archives of General Psychiatry, 15, 114-128.
- Kanfer, F.H. en Saslow, A. (1969) : Behavioral diagnosis. In : C.M. Franks (Ed.) : Behavior Therapy : Appraisal and Status. New York : McGraw-Hill.
- Kazdin, A.E. en Wilson, G.T. (1978) : Evaluation of Behavior Therapy : Issues, Evidence and Research Strategies. Cambridge, Mass. : Ballinger.
- Klein, N.H., Dittman, A.T., Parloff, M.B. en Gill, M.M. (1969) : Behavior therapy : Observations and reflections. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33, 259-266.
- Kratochwill, T.R. (Ed.) (1978) : Single Subject Research : Strategies for Evaluating Change. New York : Academic Press.
- Kwee, M.G.T. (1979) : Over de ontwikkeling van een multimodale strategie van assessment en therapie. Tijdschrift voor Psychotherapie, 5, 172-188.
- Kwee, M.G.T. en Naring, G.W.B. (1980) : Therapie comportementale multimodale dans une unite clinique. Journal de Therapie Comportementale, 2, 61-68.
- Kwee, M.G.T. en Oduber, J.R.T. (1978a) : De klinisch gedragstherapeutische behandeling van fobieën en dwangneurosen - I. Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 31, 429-435.
- Kwee, M.G.T. en Oduber, J.R.T. (1978b) : De klinisch-gedragstherapeutische behandeling van fobieën en dwangneurosen - II. Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 31, 479-486.
- Leary, T. (1958) : Interpersonal Diagnosis of Personality. New York : Roland Press.
- Le Bow, M. (1976) : Applications of behavior modification in nursing practice. In : M. Hersen, R.M. Eisler en P.M. Miller (Eds.) : Progress in Behavior Modification (Vol. 3). New York : Academic Press.
- Linehan, M. (1981) : Supervision of behavior therapy. In : A.K. Hess (Ed.) : Psychotherapy Supervision. New York : Wiley.
- Marks, I.M. (1978) : Behavioral psychotherapy of adult neurosis. In : S.L. Garfield en A.E. Bergin (Eds.) : Handbook of Psychotherapy and Behavior Change : An Empirical Analysis (2nd ed.). New York : Wiley.
- Marks, I.M., Connolly, J. en Hallam R.S. (1973) : Psychiatric nurse as therapist. British Medical Journal, 3, 156-160.
- Marks, I.M., Hallam, R.S. Connolly, J. en Philpott, R. (1977) : Nursing in Behavioural Psychotherapy : An Advanced Clinical Role for Nurses. London : Royal College of Nursing.
- Marks, I.M., Hallam, R.S., Philpott, R. en Connolly, J.C. (1976) : Nurse therapists in behavioural psychotherapy. British Medical Journal, 3, 144-148.
- Matarazzo, R.G. (1978) : Research on the teaching and learning of psychotherapeutic skills : In : S.L. Garfield en A.E. Bergin

- (Eds.) : Handbook of Psychotherapy and Behavior Change : An Empirical Analysis. New York : Wiley.
- McMahon, J.T. (1964) : The working class psychiatric patient : A clinical review. In : F. Reissman, J. Cohen en A. Pearl (Eds.) : Mental Health of the Poor. New York : Free Press.
- Meltzoff, J. en Kornreich, M. (1970) : Research in Psychotherapy. New York : Atherton.
- Mischel, W. (1977) : On the future of personality assessment. American Psychologist, 32, 246-254.
- Nelson, R.D. (1977) In : M. Hersen, R.M. Eisler en P.M. Miller (Eds.) : Progress in Behavior Modification (Vol. 5). New York : Academic Press.
- Orlemans, J.W.G. (1976) : Inleiding tot de Gedragstherapie. Deventer : Van Loghum Slaterus.
- Orlemans, J.W.G. (1977) : Klinische psychotherapie : Een gedragstherapeutische model. Ongepubliceerd artikel.
- Orlemans, J.W.G., Brinkman, W., Haayman, W.P. en Zwaan, E.J. (1978) : Handboek voor Gedragstherapie. Deventer : Van Loghum Slaterus.
- Poser, E.G. (1966) : The effect of therapist's training on group therapeutic outcome. Journal of Consulting Psychology, 30, 283-289.
- Rachman, S.J. (Ed) (1978) : Perceived Self-Efficacy : Analyses of Bandura's theory of behavioural change. Advances in Behavior Research and Therapy, 1, 137-269.
- Rinn, R.C. en Vernoth, J.C. (1975) : Process evaluation of outpatient treatment in a community mental health center. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 6, 5-11.
- Rioch, M.M., Elkes, E., Flint, A.A., Usdansky, B.C., Newman, R.G. en Silber, E. (1963) : National Institute of Mental Health pilot study in training mental health counselors. American Journal of Orthopsychiatry, 33, 678-689.
- Rosen, B. (1978) : Written treatment contracts : Their use in planning treatment programmes for in-patients. British Journal of Psychiatry, 113, 410-415.
- Ryback, R.S. (1974) : The Problem Oriented Record in Psychiatry and Mental Health Care. New York : Grune and Stratton.
- Saltzman, C., Luetgert, M.J., Roth, C.H., Creaser, J. en Howard, L. (1976) : Formation of a therapeutic relationship : Experiences during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 4, 546-555.
- Schofield, W. (1964) : Psychotherapy, The Purchase of Friendship. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Stewart, H. en Harsch, H. (1966) : The psychologist as a ward administrator : Current status. Journal of Clinical Psychology, 22, 103-111.
- Strupp, H.H., Hadley, S.W. en Gomes-Schwartz, B. (1977) : Psychotherapy for Better or Worse : The Problem of Negative Effects. New York : Jason Aronson.
- Tharp, R.G. en Wetzel, R.J. (1969) : Behavior Modification in the Natural Environment. New York : Academic Press.

- The department of Psychiatry Teaching Committee (1973) : Notes on Eliciting and Recording Clinical Information. London : Oxford University Press.
- Thiel, J.H. (1977b) : Wat is psychotherapie ? II. De praktijk. Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde, 121, 1923-1927.
- Thiel, J.H. (1978a) : Medische vooropleiding van de psychotherapeut; baten en lasten. Tijdschrift voor Psychiatrie, 20, 397-406.
- Thiel, J.H. (1978b) : De psychotherapie- opleiding in de psychiatrische opleiding. Tijdschrift voor Psychotherapie, 4, 253-264.
- Tilmans, B. (1979) : Vergelijkende beschrijving van klinische gedragstherapie bij neurotische patienten. Voordracht gehouden op het 9e Europese Congres voor Gedragstherapie, Parijs.
- Watson, J.P., Gaid, R. en Marks, I.M. (1971) : Prolonged exposure : A rapid treatment for phobia. British Medical Journal, 1, 13 15.
- Wilkins, W. (1979) : Expectancies in therapy research : Discriminating among heterogeneous subjects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, 837-845.
- Wilson, G.T. (1980) : Towards specifying the "nonspecific" factors in behavior therapy : A social learning analysis. In : M.J. Mahoney (Ed.) : Psychotherapy Process. New York : Plenum Press.
- Wilson, G.T. en Evans, I.M. (1977) : The therapist-client relationship in behavior therapy. In : A.S. Gurman en A.M. Razin (Eds.) : Effective Psychotherapy : A Handbook of Research. New York. Pergamon Press.
- Wolberg, L.R. (1967) : The Technique of Psychotherapy. New York : Grune and Stratton.
- Wolpe, J. (1977) : Inadequate behavior analysis : The Achilles Heel of outcome research in behaviour therapy. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 8, 1-3.
- Wolpe, J. en Boyton, P. (1978) : The training problems of the behavior therapy unit at Temple University. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 9, 295-300.
- Wolpe, J. en Lang, P.J. (1964) : A fear survey schedule for use in behavior therapy. Behaviour Research and Therapy, 2, 2 -30.
- Wolpe, J. en Lazarus, A.A. (1966) : Behavior Therapy Techniques. New York : Pergamon Press.
- World Health Organization (1977) : Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death. Geneva : World Health Organization.
- Zwaan, E.J. en De Wolf-Ferdinandusse, M.N. (1976) : Leven met Angst. Assen : Van Gorkum.

HOOFDSTUK 2. MULTIMODALE BENADERING EN KLINISCHE WERKSTRUCTUUR

2.1. Klinische gedragstherapie

Gedragstherapie heeft een lang verleden maar een korte geschiedenis. Pas 25 jaar geleden introduceerde Lazarus (1958) de termen "behavior therapy" en "behavior therapist" in de literatuur. De verschijning van Wolpe's "Psychotherapy by Reciprocal Inhibition" (1958) was het begin van een stormachtige ontwikkeling van onderzoek en publikaties over de methode, die eens werd gedefinieerd als de toepassing van wetten uit de "moderne leertheorie" (Eysenck 1960). Een poging tot herdefiniering werd gedaan door de Amerikaanse "Association for Advancement of Behavior Therapy" :

"Behavior therapy involves primarily the application of principles derived from research in experimental and social psychology for the alleviation of human suffering and the enhancement of human functioning. Behavior therapy emphasizes a systematic evaluation of the effectiveness of these applications. Behavior therapy involves environmental change and social interaction rather than the direct alteration of bodily processes by biological procedures. The aim is primarily educational. The techniques facilitate improved self-control. In the conduct of behavior therapy, a contractual agreement is usually negotiated in which mutually agreeable goals and procedures are specified. Responsible practitioners using behavioral approaches are guided by generally accepted ethical principles" (Franks and Wilson 1975, pp. 1-2).

Gezien het feit dat gedragstherapie nog volop in ontwikkeling is, kan een sluitende definitie niet worden gegeven. Wellicht kan men voorlopig beter kijken naar de verschillende konseptuele benaderingen van de methode, (Wilson en O'Leary 1980).

Op de eerste plaats is er de toegepaste gedragsanalyse, die volgens Skinneriaanse principes van operante konditionering te werk gaat. Deze wordt vooral in de praktijk gebracht bij mensen met geringe cognitieve capaciteiten, zoals jonge kinderen, mentaal geretardeerden en geïnstitutionaliseerde psychotici. In deze populatie is een aanzienlijke omgevingskontrolle met als doel gedragsverandering mogelijk (Rachlin 1976).

De tweede benadering is die welke zich baseert op (neo) behaviouristische S-R leertheorieën volgens Pavlov en Hull, die door Wolpe en Eysenck werden gepopulariseerd. De nadruk valt op klassieke konditionering, waarvan de principes in dierexperimenten werden onderzocht en vervolgens toegepast op menselijk gedrag. Hoewel men in behandelingsprocedures gebruik maakt van medierende processen, wijst men cognitieve formuleringen in de beschrijving van gedrag af.

De derde benadering is bekend geworden onder de naam cognitieve gedragsmodifikatie (Mahoney 1974, Meichenbaum 1977). De benadering berust op de fundamentele aanname dat cognitieve processen van belang zijn in de ontwikkeling, handhaving en verandering van gedrag. Het gaat erom de

klient's subjektieve waarnemingen, toeschrijvingen, interpretaties en zelf- verbalisaties via cognitieve interventies aan te pakken.

De vierde benadering is Bandura's (1977 a en b) sociale leertheorie, die de vorige benaderingswijzen integreert. Deze benaderingswijzen leggen elk de nadruk op een van de dimensies van psychisch functioneren ten koste van de andere : manifest gedrag, autonoom zenuwstelsel of cognitief proces. In de sociale leertheorie staat de opvatting centraal dat cognitief- medierende processen in de regulatie van gedrag belangrijker zijn dan klassieke en/of operante konditionering, die symbolisch wordt opgevat.

Ondanks de konseptuele verschillen zijn de grondslagen van de verschillende opvattingen dezelfde, namelijk (a) dat men een psychologisch model van menselijk gedrag hanteert, welk fundamenteel verschilt van het psychodynamisch model en (b) dat men verbondenheid betuigt met de wetenschappelijke, i.c. experimenteel- psychologische methode van assessment, modifikatie en evaluatie. Deze basisassumpties hebben de volgende konsekwenties (cf. Wilson en O'Leary 1980) :

- (1) De verwerving, handhaving en verandering van neurotisch gedrag geschiedt volgens dezelfde (leer)psychologische principes als bij elk ander gedrag dat niet een functie is van biochemische of organische stoornissen;
- (2) Neurotische gedragingen die traditioneel als ziekte worden gezien of als symptomen daarvan, kunnen beter worden beschouwd als levensproblemen of reacties daarop;
- (3) De edukatieve methode is gericht op assessment van de huidige gedragsdeterminanten in plaats van post hoc analyse van mogelijke historische antecedenten;
- (4) Begrip van het ontstaan van psychische stoornissen kan nuttig zijn, maar is niet wezenlijk in het bewerkstelligen van verandering, en omgekeerd: succes bij interventie impliceert geenszins begrip van de genese;
- (5) Daar gedragsverandering optreedt in een sociale context kunnen interventies neveneffecten met zich meebrengen, welke bevorderlijk dan wel schadelijk kunnen zijn;
- (6) De nadruk valt op een systematische en stapsgewijze gedragsverandering van denken, voelen en handelen in uiteenlopende probleemsituaties en toegesneden op het individu;
- (7) De konsepten en interventies dienen te worden geoperationaliseerd zodat ze meetbaar en repliceerbaar zijn, waardoor evaluatie mogelijk is, in het begin evenals tijdens en na behandeling (generalisering);
- (8) De evaluatie van behandelingsresultaten geschiedt door middel van verbale rapportages, gedragsobservatie en psychofysiologische metingen;
- (9) Om de probleemgedragingen direkt in de natuurlijke omgeving te kunnen modificeren, dienen "psychologische assistenten" (mediatoren) ingeschakeld te worden;
- (10) De aanpak dient gericht te zijn op de gezamenlijke opstelling van doelstellingen, de uitleg vooraf van de werkwijze en de nadruk op regulatie via cognitieve processen.

Residentiele gedragstherapie is de systematische en gestructureerde toepassing van voornoemde kenmerken in een klinische setting, waarbij de methode op de AG gebaseerd is op het sociaal- leertheoretisch raamwerk, een technisch- eclecticische benadering, een functioneel- analytische

werkwijze en een multimodale behandelingsstrategie als therapeutisch middel.

2.1.1. Sociaal-leertheoretisch kader

De sociale leertheorie zoals gekonseptualiseerd door Bandura (1977 a en b) biedt een integratief denkkader waarbinnen zowel maladaptief als adaptief gedrag kan worden verklaard. Centraal staat de opvatting dat gedrag wordt gereguleerd door 3 onderscheiden systemen die onder invloed staan van antecedente, konsekvente en medierende variabelen. In de regulatie van gedrag worden cognitief- medierende processen van primair belang geacht en in dit kader is de werking van het klassiek en operant konditioneren opnieuw geïnterpreteerd. Zo worden klassieke gekonditioneerde responsen in deze opvatting niet beschouwd als reflexmatige processen maar als op (geleerde) verwachtingen gebaseerde zelfgeactiveerde reacties. Op dezelfde wijze worden operante bekrachtigingen niet als automatische versterkers van gedrag gezien, maar als een bron van informatie over de verwerking van de konsekventies op het gedrag. Ofschoon externe antecedente en konsekvente gebeurtenissen gedrag aanmerkelijk kunnen beïnvloeden, wordt de mate van invloed geacht door interne (cognitieve) processen gemedieerd en bepaald te zijn. Cognitieve processen zijn gebaseerd op ervaringsgegevens en bepalen de aandacht voor omgevingsinvloeden, hoe ze worden waargenomen, of ze zullen worden onthouden en hoe ze toekomstige actie kunnen beïnvloeden. Voorbeeld van een veel gebruikt en gedegen onderzocht proces is symbolische "modeling". Modeling komt tot stand door instructie, observatie of door, via de voorstelling verkregen materiaal, zonder de noodzaak van directe en manifeste bekrachtiging (Bandura 1979).

De controverse met de psychodynamische visie die gegrondvest is op intrapsychische mechanismen heeft geleid tot een opvatting, die gedrag beschouwt als geheel eenzijdig bepaald door de omgeving (Skinner 1971). Over de ontoereikendheid van deze eenzijdige visie stelt Bandura (1978):

"Personal and environmental factors do not function as independent determinants; rather they determine each other. Nor can "persons" be considered causes independent of their behavior. It is largely through their actions that people produce the environmental conditions that affect their behavior in a reciprocal fashion. The experiences generated by behavior also partly determine what individuals think, expect and can do, which in turn, affect their subsequent behavior" (p. 345).

Een sociale leertheoretische visie van psychologisch functioneren beziet gedrag als resultante van de reciproke interactie tussen 3, van elkaar afhankelijke en op elkaar ingrijpende categorieën: gedrags-, persoons- en omgevingsfactoren.

In de sociaal- leertheoretische orientatie wordt de nadruk gelegd op het vermogen tot zelfregulatie vanuit de opvatting dat gedrag het

resultaat is van het reciprook determinisme en dat cognities de emoties bepalen, zo niet veroorzaken. Cognitieve processen verklaren waarom ervaringen duurzame effecten op gedrag hebben en toekomstig gedrag activeren en waarom mensen uiteindelijk hun eigen gedrag bepalen*. Nu is het zo dat therapeutische veranderingen worden bewerkstelligd via gedragsmatige procedures, waarvan bekend is dat deze duidelijk resultaten opleveren. De waarneming van de eigen slagvaardigheid en doeltreffendheid van de persoon staat centraal wanneer het gaat om de verklaring van de werking van gedragstherapeutische methoden, procedures en technieken.

Het sociaal-leertheoretische begrip van gedragstherapie is ruimer dan de strikt behavioristische visie. Strikt behavioristische benaderingen verwerpen de causale werking van cognities op gedragsverandering. De huidige interesse voor cognitieve variabelen mag evenwel niet leiden tot een uitsluiting van de gedragsgerichte werkwijze. Voor een uitgebreide discussie tussen de voor- en nadelen van Bandura's "self-efficacy" theorie zij verwezen naar Rachman (1978).

2.1.2. Eclecticisme in de methodiek

De therapeut kan in zijn praktisch werk in een konflikt raken, omdat wat uit wetenschappelijk oogpunt wordt gedaan in de praktijk anti-therapeutisch kan zijn. Het kan nodig zijn voor de behandelaar, die verantwoordelijk is voor de zorg van zijn klient, dat hij een procedure gebruikt, waarvan de effectiviteit nog niet definitief is aangetoond. Ook kan het voorkomen dat effectief gebleken procedures nog geen duidelijke theoretische verklaring hebben (cf. Kwee 1981).

Dit principe is van toepassing op de best onderzochte gedrags-procedure : systematische desensitisering, waarvan de werkzaamheid door middel van verschillende theorieën werd verklaard (Thoresen en Coates 1978). Wolpe (1958) stelde dat "reciproke inhibitie" angst elimineert door het aanbieden van een aan angst antagonistische fysiologische respons tijdens de aanwezigheid van angst-oproepende prikkels. Vereist waren (a) een sterke respons waarmee angst kan worden geremd (bijv. spier-relaxatie), (b) een graduele hiërarchie van angst-oproepende stimuli en (c) de continue koppeling van de 2 wederzijds remmende stimuli : angst en relaxatie. Onderzoek in de afgelopen 20 jaar heeft aangetoond dat het succes van desensitisatie niet afhangt van ontspanningsoefeningen, noch van een hiërarchische ordening van angstsituaties, noch van de koppeling van die situaties met relaxatie responsen. Alternatieve verklaringen voor desensitisatie zoals bijv. "counter" konditionering, extinktie,

* Deze opvatting verschilt van de operante benadering die de zelfregulatorische capaciteiten van de mens ontkent door omgevingsvariabelen als de uiteindelijke determinanten van gedrag te beschouwen of, zoals Skinner (1971) stelt : " A person does not act upon the world, the world acts upon him" (p. 211) (Rachlin 1976).

"exposure", training in "coping" vaardigheden en differentiele verwachtingen ten aanzien van het succes, passeerden in dezelfde periode de revue (Kazdin en Wilcoxon 1976). Zie Tabel 2.1. De onderzoeksresultaten ten aanzien van de werkzame factoren bij desensitisering hebben echter de effectiviteit van de procedure niet aangetast. Procedures en technieken kunnen kennelijk werkzaam zijn op andere gronden dan werd gedacht.

Tabel 2.1. Alternatieve verklaringen van systematische desensitisering

1. Reciproke inhibitie	: Angst wordt onderdrukt door gelijktijdig een antagonistische fysiologische respons aan te bieden in aanwezigheid van angst oproepende stimuli.
2. "Counter"conditionering	: Angst wordt gereduceerd door de koppeling van de angst oproepende stimulus met elke niet-angst respons.
3. Extinctie	: Angstreductie is het gevolg van de presentatie van gekonditioneerde emotionele stimuli die niet door aversieve consequenties worden gevolgd.
4. "Exposure"	: Arousal reacties worden gereduceerd door graduele blootstelling aan de fobische stimuli.
5. "Coping"vaardigheden	: Angst wordt gereduceerd gedurende in vivo "exposure", waarbij angst de "cue" vormt om niet-angst responsen (fysiek/cognitief) op gang te brengen.
6. "Self-efficacy"	: Angst neemt af door de verwachting doeltreffende acties te kunnen ondernemen welke noodzakelijk zijn om bepaalde uitkomsten te verkrijgen.

Bovenstaande voorbeelden pleiten o.i. voor een technisch eclectisch uitgangspunt (Lazarus 1967 ; 1972). Rekapitulerend : technieken die gebaseerd zijn op klassieke en operante konditionering zijn zonder twijfel effectief gebleken. Uit het bewijs dat bepaalde gedragsveranderingsprocedures effectief zijn, mag evenwel nog niet gekonkludeerd worden dat probleemgedragingen op eenzelfde manier zijn ontstaan. Zo'n verklaring snijdt net zo min hout als de redenering dat, wanneer aspirines helpen tegen hoofdpijn, hoofdpijn ook ontstaat door een tekort aan aspirine in het bloed. Het lijkt aannemelijk dat leerprocessen een belangrijker rol vervullen dan biochemische en genetische factoren in het ontstaan en de ontwikkeling van neurotisch gedrag. De waarde van op dierstudies gebaseerde leertheorieën en -principes, die door Lazarus (1971a) als "the animal game" werden gekwalificeerd, is echter gering gebleken. Menselijke neurosen verschillen wezenlijk van dierlijke neurosen welke laatste door middel van een beperkte vorm van leren, namelijk klassiek konditioneren, tot stand zijn gebracht (cf. Brewer 1974). Ook London (1972) volgt een dergelijke gedachtengang :

"What behavior therapists called theory actually served as bases for commitment or a rallying point for talking about disorder and treatment in a certain way and, more important, about acting on it within particular sets of limited operations, that is, technical limits" (p. 916).

Volgens London is er sprake van heuristisch gebruik van analogie-redeneringen wanneer vanuit dierexperimenten wordt geëxtrapoleerd. De waarde van leertheorieën in de verklaring van ontstaan en verandering van gedrag blijft betrekkelijk. Lazarus (1971b) vraagt zich in dit verband af :

"Can the work of Guthrie or Tolman, or perhaps even Pavlov, always contribute meaningfully to his (the behavior therapist's) decision whether an abortion is indicated, whether suicide is imminent or if a divorce is justified ?" (p. 370).

Daar procedures werkzaam kunnen zijn los van het waarheidsgehalte van de theorieën waaruit ze zijn ontwikkeld verdient het aanbeveling theorie en techniek in de klinische praktijk uit elkaar te houden. Technisch eclectisme is het ordelijk selekteren en combineren van werkzame factoren uit procedures en technieken, ook al zijn ze afkomstig van schijnbaar tegenstrijdige theorieën of systemen. Het is niet een onwillekeurige rangschikking van technieken maar een benadering die de therapeut in staat stelt door research gesteunde en klinisch bruikbaar gebleken procedures te benutten in plaats van dogmatisch te werk te gaan. Een dergelijke technologie dient te worden onderscheiden van een theoretisch eclectisme, het lenen van stukjes theorieën uit verschillende orientaties, wat ongetwijfeld zal leiden tot syncretisme : de onkritische en onsystematische combinatie van verklaringen. Wat dat betreft wordt duidelijk gekozen voor de sociale leertheorie van Bandura (1977a en b ; 1978 ; 1979) als de meest spaarzame en elegante verklaring voor gedragsverandering. De technisch eclectische opvatting heeft een duidelijk positieve weerklank gevonden bij Bandura (1969) die opmerkt :

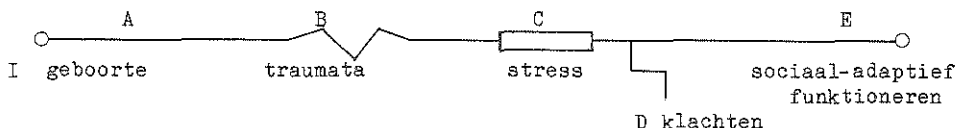
"A social learning approach does not rely upon a single set of conditions for effecting personality change but rather it provides within a unified framework, diverse methods for modifying multiform psychological phenomena" (p. 80).... en... "The reduction of reversal rates lies in the scope of the treatment program employed rather than in variables operating within the conditioning paradigm" (p. 509).

2.1.3. Functie-analyse

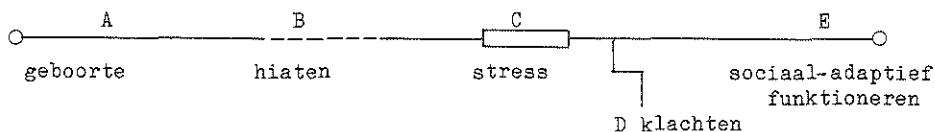
In het leermodel gaat men uit van de veronderstelling dat antecedente, konsekwente en medierende factoren met het klachtgedrag functioneel samenhangen. Een citaat moge deze gedachtengang verduidelijken :

"The functional approach rejects both the psychoanalytic and the behavioristic conception of symptom formation. It accepts that under laboratory conditions and traumatic life experiences, conditioned emotional reactions to neutral objects and situations may persist, but it holds that most patients seeking relief from emotional suffering acquire their fears and other tensions quite differently (Lazarus 1971a, p. 102).

De hypothese van functionaliteit is verwant aan het idee van circulaire causaliteit, die een dynamische samenhang tussen levensproblemen die voorafgaan aan en volgen op neurotische klachten veronderstelt. Klachten zijn te beschouwen als ongewenste gedragswijzen die een reactie vormen op onopgeloste problemen, waarbij deze problemen gezien worden als inherent aan het leven. Klachten als fobie of dwang zijn te beschouwen als een onaangepaste reactie op stresserende relationele problemen bijv. in de werksituatie of in de thuissituatie die zich manifesteren indien de "draaglast" van de klient groter is geworden dan zijn "draagkracht". Neurotisch klachtgedrag kan ook voortkomen uit onopgeloste levensproblemen en/of ontbrekende vaardigheden deze op te lossen (Lazarus 1981) "



De eerste mogelijkheid gaat ervan uit dat klachten (D) zich voordoen bij stress als gevolg van het niet kunnen oplossen van problemen (C) na 1 of meer traumatische gebeurtenissen (B). In de therapie is het doel de oorspronkelijke lijn van geboorte (A) naar sociaal- adaptief leven (E) te vervolgen door via probleemoplossing de blokkade op te heffen.



De tweede mogelijkheid gaat uit van de veronderstelling dat leren niet heeft plaatsgevonden, met andere woorden dat de ontwikkeling van geboorte (A) naar een sociaal-adaptief leven (E) onmogelijk is, doordat er leemten in de leergeschiedenis (B) zijn (ten aanzien van sociale- en probleemoplossende vaardigheden), zodat bij stress (C) klachten (D) voorkomen. Therapie dient erop gericht te zijn de hiaten op te vullen door oefen- en trainingsprogramma's aan te bieden. De hulpvraag van de klient doet zich veelal voor wanneer de klachten als te zwaar worden ervaren. En dat

laatste manifesteert zich doorgaans op een voedingsbodem van problemen, die er veelal aan voorafgaan en in de meeste gevallen blijven voortbestaan. Een veelvuldig voorkomende moeilijkheid in het therapeutisch proces is de klient dit inzicht bij te brengen. Wanneer de klachten zich eenmaal hebben ontwikkeld kunnen daarmee de problemen verdoezeld raken en (on)bedoelde sociale en/of materiele voordelen worden behaald. Het leren van het verband tussen klachten en problemen en de winst van het klachtenpatroon gaan veelal gepaard met weerstand en verzet, welke adequaat dienen te worden gehanteerd. In de loop van de tijd kunnen problemen ook door andere zijn vervangen. Er is sprake van een functionele autonomie van de klachten en in de therapie kan men dan volstaan met de eliminatie van het zich presenterende klachtenpatroon. Vooral wanneer de klient gebukt gaat onder allesoverheersende klachten verdient het aanbeveling eerst hieraan te werken, voordat een oplossing wordt gezocht in de problemsfeer die bij afname van klachten zich vaak uitkristalliseert. Naast de eliminatie van de klachten is het van belang de aanwezige levensproblematiek op te lossen en vaardigheden om met toekomstige problemen om te gaan, aan te leren (cf. Kwee en Jacobs 1981). Er zijn globaal 3 verhoudingen te onderscheiden: (a) de klient presenteert hoofdzakelijk klachten en geen of verwaarloosbare problemen, (b) de klient presenteert evenveel problemen en klachten en (c) de klient presenteert hoofdzakelijk problemen en weinig of recent ontwikkelde klachten. Elk van deze varianten moge met een voorbeeld worden verduidelijkt (Kwee 1979):

(a) Hoofdzakelijk klachten, weinig problemen. Kliente is een 49-jarige vrouw, die reeds 13 jaar kampt met een vrees te lopen op plaatsen waar geen houvast voorhanden is. Het gevolg is, dat zij nagenoeg niet meer naar buiten gaat, wat een normaal functioneren onmogelijk maakt. Ze is reeds eerder psychiatrisch en psychologisch behandeld, echter zonder enig succes. Biografisch vallen er weinig bijzonderheden te vermelden. Met 13 jaar kreeg zij een neurologische ziekte, met als belangrijkste verschijnsel spierzwakte: Myasthenia gravis. Deze uitte zich bij haar o.a. in het niet langer dan 5 seconden kunnen strekken van de armen en het niet langer dan 30 minuten kunnen lopen. Sinds ze pyridostigmine (Mestinon) neemt, ca. 15 jaar geleden, kan ze 12 uur per dag moeiteloos op de been blijven. Zij zegt het bestaan in deze ziekte volledig te hebben verwerkt. Terwijl de aandoening door de medikatie inmiddels is opgelost, zijn de klachten functioneel autonoom blijven voortbestaan. Succes in de therapie werd bereikt door de aanpak van de fobische angst alleen. Voor de functionaliteit is het interessant op te merken, dat een jaar na terminatie de myasthenie bij het gebruik van hormoonpreparaten weer optrad. Na herstel bleek zij ook in de fobie te zijn teruggevallen. Deze kon na een aantal "booster"zittingen wederom met succes worden geelimineerd.

(b) Evenveel klachten als problemen. Kliente is een vrouw van 30, die last heeft van hartziektevrees, waardoor ze grote moeite heeft gebruik te maken van het openbaar vervoer en niet meer alleen uit

huis durft te gaan. Voor het eerst kreeg zij de angst 4 jaar geleden in de metro, kort nadat ze vernam dat 2 bekenden aan een hartinfarkt waren overleden. In de puberteit en adolescentie had ze verkering, door haar zelf na 5 jaar verbroken. Nu is ze 6 jaar getrouwd. Het huwelijk zou goed zijn. Pogingen om een kind te krijgen, slaagden na 5 jaar huwelijk. Een voorgaande therapie was erop gericht echtelijke problemen op te sporen en op te lossen, hetgeen resulteerde in een voortijdige beëindiging van de behandeling. Funktionele analyse bracht aan het licht, dat cliënte in uiteenlopende situaties zeer ongeduldig en geïrriteerd reageerde en het bleek dat de angsten veelal opliepen in zo'n opwindingsstoestand. Duurzaam succes werd bereikt nadat zowel de fobie als de inadekwate boosheidsreacties in verscheidene situaties waren verdwenen.

(c) Hoofdzakelijk problemen en weinig klachten. Klient is een man van 30 jaar met lichte angstklachten, die zich manifesteren in situaties van "gevangenschap" : Liften, winkels, auto's, files, vergaderingen enz. Dit is 5 jaar geleden sluipend begonnen en langzaam verergerd. Om de angst tegen te gaan, gebruikte hij regelmatig alcohol. Als zijn vrouw bij hem was, ging het hem ook gemakkelijker af. Anamnestic bleek dat hij uit een intellectueel milieu afkomstig was. Thuis was het vaak stil; gezelligheid vond hij bij zijn vriendin, nu echtgenote, die hij vanaf zijn 14e jaar kent. De verkering ging afwisselend aan en uit tot aan het huwelijk, ruim 5 jaar geleden. Tot een paar maanden voor de bruiloft was het niet duidelijk of zij met elkaar zouden trouwen, daar zij inmiddels kennis had gekregen aan een andere man. Toen de klient in therapie kwam had hij grote behoefte aan "bewijzen" van haar liefde, ofschoon er geen reëel gevaar dreigde haar te verliezen. Wel bestond in het huwelijk een meningsverschil over het thema vrijheid en gebondenheid. Ongemerkt heeft klient zich in een afhankelijkheidspositie gemanoeuvreerd. De succesvolle therapie was voornamelijk gericht op de oplossing van de echtpaarproblematiek. In de aanpak van de fobie kon worden volstaan met het geven van systematische opdrachten.

Dat de klient reageert met de neurotische klachten lijkt te maken te hebben met de leergeschiedenis van de persoon. Een voorbeeld is de agorafobische klient die in de jeugd veel huisarrest heeft gekregen, het binnen blijven heeft geleerd als veilig, die zich nu in het huwelijk "gevangen" voelt, en niet de deur uit durft te gaan. Of een dwangneurotische klient die altijd al heel precies en netjes was geweest en sinds ze met een partner leeft dwangneurotisch gedrag ontwikkelt. Door deze individuele leerhistorie lijkt het niet plausibel dat het fenomeen "symptoomsubstitutie" zal optreden, tenzij het nieuwe "symptoom" reeds in het gedragsrepertoire aanwezig was en de persoon er niet in is geslaagd nieuwe stresserende probleemsituaties tot een oplossing te brengen (Hand en Lamontagne 1976; Blanchard en Hersen 1976). In hun uitvoerige studie hebben Sloane, Staples, Cristal, Yorkston en Whipple (1975) aangetoond dat :

"not a single patient whose original problems had substantially

improved reported new symptoms cropping up. On the contrary, assessors had the informal impression that when a patient's primary symptoms improved, he often spontaneously reported improvement of other minor difficulties (p. 100).

Terwijl symptoomsubstitutie een niet regelmatig voorkomend verschijnsel is gebleken, kan het optreden van terugval in het oude klachtenpatroon veelvuldig worden gekonstateerd. De kans op terugval neemt af wanneer een "komplete" behandeling wordt aangeboden, dit is met inbegrip van de achterliggende levensproblemen en/of het eigen maken van probleemoplossende vaardigheden (Lazarus 1963, 1965, 1971a, 1971b, 1976, 1981).

2.1.4. Multimodale behandelingsstrategie*

De kern van de multimodale strategie is door Lazarus (1976) in de volgende formulering samengevat :

"A multimodal orientation presupposes no identification with any specific school of psychological thought. Nor is it a separate school in itself. Its practitioners are pragmatists, who endorse scientific empiricism and logical positivism without succumbing to unnecessary reductionistic reasoning" (pp. 3-4).

In een multimodale aanpak behandelt men klachten en problemen die zich in specifieke situaties uiten, en die zich laten indelen in 7 gedragsdimensies. Op deze wijze kunnen een complete werkwijze en derhalve ook duurzame resultaten worden bevorderd (Lazarus 1976).

Een wijdverbreide opvatting (Lang 1971) is dat gedrag globaal is te bezien als een responspatroon bestaande uit verbaal- cognitieve, autonoom-vegetatieve en manifest- motorische componenten. Deze te onderscheiden maar niet te scheiden systemen blijken nader te specificeren in fenomenen die diskreet genoeg zijn om als afzonderlijke dimensies te worden beschouwd (Lazarus 1972). Op het denknivo is het onderscheid te maken tussen verbale (zelfspraak) en non-verbale (beeldvorming) aspecten. Het gevoelsnivo is te onderscheiden naar gewaarwordingen (zintuiglijke ervaringen) en emoties (innerlijke ervaringen). Het gedragsnivo is nader in te delen in manifeste responsen al of niet met een interpersoonlijke betekenis. Nog niet eerder genoemd en eveneens van invloed op gedrag is het somatisch nivo, waarop alle biologische factoren zijn onder te brengen.

* Ten onzent werd de Multimodale Strategie geïntroduceerd door Ramsay (1973).

Deze parameters zijn met het acronym BASIC-I.D.* samen te vatten* :

<u>B</u> ehaviour	- overte gedragingen
<u>A</u> ffect	- emotionele gedragingen
<u>S</u> ensation	- zintuiglijke ervaringen
<u>I</u> magery	- emotieve imaginaties
<u>C</u> ognition	- cognitieve processen
<u>I</u> nterpersonal relationship	- interpersoonlijke relaties
<u>D</u> rugs	- door medikatie te beïnvloeden organische factoren

In alle vormen van psychotherapie probeert men veranderingen te bewerkstelligen op elk van deze psychologische dimensies. Indien het BASIC-I.D. schema als leidraad wordt gehanteerd, heeft de klinikus de mogelijkheid klachten, problemen en interventies op een zinvolle en overzichtelijke wijze bijeen te brengen zodat bij assessment een precies beeld kan worden gevormd en in de therapie meer specifiek kan worden gewerkt. Het doel is tweeledig (Lazarus 1978a) : (a) klachten en problemen kunnen in verscheidene componenten worden ontleed en (b) de therapeut wordt in staat gesteld een groot aantal effectief gebleken technieken te gebruiken binnen elke modaliteit.

Bij assessment wordt in alle modaliteiten voor elke klacht vastgesteld of een toe- of afname is gewenst. Dan volgen de vragen : Wie?, Wat?, Waar?, Wanneer?, Hoe? en stelt men frekwentie, duur, intensiteit en tegengestelde gedragingen vast. Voor elk geïdentificeerde klacht- of probleemgedrag worden op deze wijze ook de antecedente, consequente en medierende factoren bepaald, zoals Kanfer en Saslow (1969) voorstaan. De traditionele wijze van gedragsassessment en gedragsanalyse kan op deze wijze worden geïntegreerd (cf. Keefe, Kopel en Gordon 1978). Om een beter begrip te krijgen over het functioneren van de klient is het belangrijk te letten op de volgorde waarin de verschillende modaliteiten naar voren komen bij het noemen van een gebeurtenis. Het feit dat mensen de gewoonte hebben te beginnen in een bepaalde modaliteit, levert aanknopingspunten op voor de interventie. Ter illustratie : "Als ik midden op een plein sta, krijg ik het benauwd (Sensation), zie ik mezelf flauw vallen (Imagery), denk ik dat ik er weg moet (Cognition) en probeer ik zo snel mogelijk naar de zijkant te komen (Behavior)". De volgorde is hier S.I.C.B. Bij therapeutisch ingrijpen doet men in dit geval een poging de beelden en cognities te beïnvloeden, alvorens in vivo procedures te beginnen.

* Het BASIC-I.D. verschilt in wezen niet van het behavioristische S-O-R of Ellisiaans A-B-C schema. In het laatste geval staat A voor de waarneming van gebeurtenissen (S), B voor de gedachten in de vorm van zelfspraak (C) en beeldvorming (I), C voor de gevoelens (A) en gedragingen van zowel individuele (B) als persoonlijke (I) aard, waarbij de D van drugs (het biologisch element) er nog aan kan worden toegevoegd. Met deze S.C.I.A.B./I. sekwentie wordt het psychologisch proces vanaf de waarneming via de evaluatie naar de emoties en gedragingen weergegeven.

In de multimodale gespreksvoering spelen een tweetal principes een rol, namelijk "tracking" en "bridging". Onder "tracking" wordt verstaan dat de therapeut binnen dezelfde modaliteit reageert op de uitspraak van de klient om zodoende de interaktieve effecten tussen de modaliteiten te kunnen achterhalen. Wanneer een klient bijv zegt: "Ik denk dat ik niet alleen op straat kan lopen" dan is de aanbeveling dat de therapeut ook op cognitief nivo reageert door bijvoorbeeld te zeggen: "Wat denk je dat er dan allemaal kan gaan gebeuren?" en niet met "Wat zie je dan allemaal gebeuren?", een vraag op verbeeldingsnivo. Indien de therapeut wil overgaan op een andere modaliteit kan hij "bridging" toepassen, wat inhoudt dat hij eerst de modaliteit van de klient overneemt om van daaruit als het ware een brug te slaan naar andere modaliteiten. In beschreven situatie kan de therapeut reageren met bijvoorbeeld: "Je denkt dat je dat niet kunt, maar stel je dat eens voor?", om de overgang te maken van het cognitief nivo naar het verbeeldingsnivo. Door op deze wijze te letten op het taalgebruik is het mogelijk dat de klient zich beter begrepen voelt.

Indien de toepassing van een techniek voor een klacht of probleem en een bepaalde modaliteit niet tot het gewenste resultaat leidt, kan het verhelderend zijn een tweede BASIC-I.D. schema op te stellen. en zonodig een derde, enz. Stel dat het op imaginair nivo niet lukt de klient zich te laten verbeelden dat de geliefde persoon echt gestorven is, terwijl dit op cognitief nivo wel bekend is, dan zou kunnen blijken dat er een specifiek gedrag aangekoppeld is, bijvoorbeeld handelen alsof de gemiste persoon nog leeft. Dat zou dan eerst moeten worden aangepakt.

Met het BASIC-I.D. als therapeutische werkstrategie kan de klinikus een zo compleet mogelijke therapie, die aansluit op het ideosyncratisch functioneren van de klient, aanbieden. Om Franks (1976) te citeren:

"Taken together the BASIC-I.D. and the multimodal approach constitute what is probably the most comprehensive behavioral system of therapy in existence today".... "It is not so much a static theoretical product as a combination of working guide for the present and blueprint for the future" (p. viii).

2.2. Individueel gerichte activiteiten

Uit het voorgaande blijkt dat de residentiele behandeling zoals toegepast op de AG een breedspektrum-benadering is. In het kader van een multimodale strategie kan een groot aantal verschillende individuele en groepsgerichte activiteiten uitgevoerd worden. Wat de individueel gerichte activiteiten betreft zal het duidelijk zijn dat het hier niet gaat om het toepassen van gedragstherapeutische procedures zonder meer. Alvorens over te gaan op de specifiek individuele activiteiten als assessment, individuele therapie, echtpaar- en gezinstherapie en individuele training, is het van belang in te gaan op de klient-therapeut relatie.

2.2.1. De klient-therapeut relatie

Anders dan in andere psychotherapievormen heeft men in de gedragstherapie de ontwikkeling van specifieke behandelingsprocedures en technieken meer benadrukt dan de therapeutische relatie. Vele van deze technieken blijken werkzaam ook al worden ze toegepast door therapeuten die qua achtergrond en stijl van elkaar verschillen. Een enkele techniek kan zelfs werkzaam zijn in afwezigheid van de therapeut, met name systematische desensitisatie bij monofobische klachten. Zo hebben Lang, Melamed en Lang (1970) aangetoond dat door middel van de zgn. DAD ("Device for Automated Desensitisation") bestaande uit op audiobanden opgenomen therapeutische instructies, angst is te elimineren. De nadruk op techniefactoren zelfs tot in de kleinste details heeft gedragstherapie het imago bezorgd als zijnde mechanisch en onpersoonlijk. Ook heeft het gebruik van aanduidingen als "social reinforcement machine" "behavioral engineer" en "behavioral programmer" daartoe bijgedragen (Wilson en Evans 1977; Woolfolk, Woolfolk en Wilson 1977).

Echter reeds vanaf de eerste ontwikkeling van de gedragstherapie als methode werd de klient-therapeut relatie van belang geacht (Wolpe 1958). Niettegenstaande de nadruk op techniefactoren als belangrijke ingrediënten voor effectiviteit is gedragstherapie meer dan een louter door een vaardige technoloog toegepaste verzameling van technieken. Lazarus (1980a) schrijft in dit verband :

"... When I select systematic desensitisation, I do so because scientific studies have suggested that this method has a high success rate in certain instances. But the different ways in which I explain its rationale to specific clients, the individual pace, manner and structure that I employ with different people, and the variety of ways in which I introduce scenes, embroider images, and embellish tailor-made themes, rest heavily on "intuition", "clinical experience" and on "educated guesses" (p. 24).

Een klient die zijn therapeut wantrouwt en/of twijfelt aan zijn competentie en capaciteiten zal zeer waarschijnlijk niet veel baat hebben van de therapie. Voor alles is een harmonieuze werkrelatie noodzakelijk :

"An effective therapist provides responsible guardianship, inspires hope and enables the client to achieve self-mastery. Role modeling is often an essential part of this constructive process by selective self-disclosure and judicious guidance, the client is enable to "try on the therapist's problem-solving strategies" and then to reshape and mold them to fit his or her own personality and style" (Lazarus 1980b, p. 289).

De aard van de werkrelatie in gedragstherapie is in essentie te bezien als een relatie tussen leraar en leerling, waarbinnen het de therapeut voornamelijk te doen is om zich te verzekeren van klients medewerking aan het behandelingsplan. Immers voor een aanzienlijk deel bestaan de

procedures en technieken uit het laten doen van activiteiten als naar buiten gaan, niet wassen/ controleren, repeteren van gedrag, voor de eigen mening uitkomen, voorstellen van beangstigende scenes*. Een overtuigende presentatie van de te gebruiken techniek is noodzakelijk om de kans op navolging door de klient te bevorderen. Ook de inductie van positieve verwachtingen bij de klient ten aanzien van het resultaat is hierbij van belang. Bij de invoering van systematische opdrachten zal weerstand en verzet optreden. Deze kunnen worden beperkt wanneer de therapeut erin slaagt (a) de klient de leiding te geven over de selectie van behandelingsdoelen en hij zijn eigen invloed hierin minimaal houdt, (b) het model te geven de beoogde specifieke opdrachten ook door de klient reeds in de zitting worden opgevolgd en (c) de rol aan te nemen die aansluit op de behoefte van de klient (Wilson 1980; Lazarus 1981; Kwee en Jacobs 1981). Weerstand en verzet zijn echter nooit geheel te voorkomen.

2.2.2. Individuele assessment

Gedragsassessment is de identifikatie van relevante respons-eenheden en hun kontrollerende variabelen, te beschouwen vanuit het perspectief van de omgeving en het individu, met als doel gedrag te begrijpen en te veranderen. Anders dan traditionele assessment heeft gedragsassessment niet het doel personen in categorieën in te delen, maar wordt ermee beoogd expliciete aanbevelingen te doen voor interventie. Gedrag is niet een aanduiding van een dispositie, maar een aanduiding van een reaktiewijze in een bepaalde stimulussituatie.

Er zijn 4 verschillende stadia in gedragsassessment te onderkennen. In het eerste stadium identificeert de klinikus de ongewenste gedragingen door middel van interviewtechnieken en formuleert hij deze in gedragstermen. Veelal is het klachtgedrag abstrakter te formuleren. Bijv. trillvrees en schrijfkrimp die zich voordoen in uiteenlopende situaties waar autoriteitsfiguren aan te pas komen, zijn te konseptualiseren als faalangst. Het tweede stadium bestaat uit specificatie van de psychologische factoren die het klachtgedrag in stand houden. O.a. : Welke gevolgen heeft het klachtgedrag voor de klient en significante anderen ? Welke bevrediging ontleent de klient aan zijn eigen klachtgedrag ? Welke problemen kunnen zich voordoen wanneer de therapie succesvol verloopt ? De therapeut dient niet elke verbale uitspraak van de klient in dit verband zonder meer te aksepteren. Het derde stadium houdt in de selectie van de behandelings procedures die naar

* Hiertoe kan de therapeut, aldus Lazarus (1976) en Goldfried en Davison (1976), bewust gebruik maken van de klient's afhankelijkheidsbehoefte die bij terminatie weer kan worden opgebouwd. Hetzelfde geldt voor het gegeven dat sommige klienten veranderingen bewerkstelligen aanvankelijk om de therapeut te behagen en er later intrinsiek zelf voordeel aan beleven.

alle waarschijnlijkheid meest effectief zullen zijn. Het vierde stadium betreft de evaluatie van de effectiviteit van de toegepaste procedures en technieken en vervolgens een zorgvuldige follow-up. Dit geschiedt doorgaans via een zgn. N=1 studie, een verslag van de behandeling, dat alleen mogelijk is wanneer in het therapeutisch proces regelmatig metingen hebben plaatsgevonden. Om de veranderingen ook na afloop van de therapie te bestendigen dient de klient te leren welke signalen op een eventuele terugval wijzen en hoe hij dit kan voorkomen (Kanfer en Phillips 1978; Hersen en Bellack 1976; Mash en Terdal 1976)*.

Funktieanalyse van neurotisch gedrag heeft uiteindelijk als doel een plan op te kunnen stellen voor de te volgen strategie. Er is een aantal richtlijnen waar de klinikus zich globaal aan kan houden : Kies procedures (a) die de minst inspannende en de minst storende zijn voor de leefsituatie van de klient en (b) die de meest eenvoudige zijn en aansluiten op de beleefswereld en probleemoplossingswijze van de klient. Technieken dienen bij voorkeur empirisch gevalideerd, vertrouwd aan de therapeut en praktisch bruikbaar te zijn (Keefe 1978; Goldfried en Davison 1976; Gottman en Leiblum 1974). Bij gebrek aan een empirisch gefundeerde selektieprocedure maakt de klinikus vooralsnog gebruik van zijn ervaring als hulpmiddel om tot een keuze te kunnen komen. Met Wilson en Evans (1977) dient helaas vooralsnog te worden gekonkludeerd :

"... there is very little research done on the kinds of clients most likely to benefit from particular treatments. By and large, the matching of different techniques to different problems is still a matter of informed guesswork or trial and error" (p. 548).

2.2.3. Individuele therapie

Individuele therapie wordt onderscheiden van individuele training. Individuele training is meer klachtgericht en gedragsmatig van aard d.w.z. toegespitst op de fobische, obsessief- compulsieve en eventuele depressieve klachten. Het is een vorm van behandeling die door co-therapeuten wordt toegepast, terwijl de individuele therapie meer door de gedragstherapeut in praktijk wordt gebracht. Individuele therapie is meer probleem- dan klachtgericht, en betreft bovendien meer complexe methodieken zoals bijv. imagery therapy (Lazarus 1978), rouwtherapie (Ramsay 1978) en hypnotherapie (Weitzenhoffer 1957). Zowel in de individuele therapie als in de individuele training is sprake van weerstand tegen verandering en het spreekt voor zich, dat deze weerstand vooral in de individuele therapie aan de orde komt.

Iedere vorm van leren kan gepaard gaan met weerstand. In gedragstherapie doet deze zich vooral voor tijdens het aanleren van inzicht in functionele verbanden en vooral bij de uitvoering van de voor

* Uitstekende handleidingen over de toepassing van functieanalyse zijn ten onzent geschreven door o.a. Burger (1980).

verbetering noodzakelijke therapeutische activiteiten. Van weerstand, door Davison (1973) benoemd als "counter-control", is sprake wanneer de klient niet aan de verwachtingen van de therapeut voor therapiegedrag voldoet, d.w.z. wanneer de klient niet op doelgerichte of konstruktieve manier aan zijn klachten werkt, of wanneer hij daarbij onvoldoende inzet toont. Weerstand kan een gevolg zijn van het onvermogen of de onwetenschap van de klient :

"... the task demands may be impractical given the current situation and mood of the client ... Fear of social disapproval and guilt may often counteract the therapist's instigative influence. The client's motivation to perform assigned tasks is sometimes diminished by anticipation of failure. (A history of prior failures leading to minimal or negative outcome expectancies is no rarity in behavior therapy as it is still customary for many clients to be referred to behavior therapists only after continued unresponsiveness to more traditional forms of intervention)" (Wilson en Evans 1976, p. 786).

Brehm's konsept van de "reactance" kan hierbij behulpzaam zijn. "Reactance" is te definiëren als de motivationele toestand van een persoon wiens vrijheid bedreigd of beperkt raakt door een externe autoriteit (en die op grond hiervan negatieve gevoelens ervaart en zal streven zijn vrijheid te herkrijgen), zoals het geval kan zijn in een (gedrags-) psychotherapie. Vanuit de "reactance" theorie zijn paradoxale effecten in het klinisch-therapeutisch gebeuren beter te begrijpen, zoals moge blijken uit een tweetal illustraties. De eerste is de therapeutische invloed in afwezigheid van de therapeut, het zgn. "sleeper effect", i.e. gunstige veranderingen die zich kunnen voordoen bij interruptie of terminering van de therapie. Zo zijn "vakantie genezingen" vanuit dit perspectief het gevolg van de afname van de druk die zo sterk kan zijn dat de klient weerstand tot veranderen vertoont. Met het verdwijnen van deze druk, bij afwezigheid van de therapie, valt ook de "reactance" weg en is de klient vrij de gewenste veranderingen die reeds eerder door de therapeut waren aangegeven, door te voeren. De tweede is de bedreiging die de klient ervaart bij nieuwe vrijheden, een fenomeen tegengesteld aan de veel gehoorde veronderstelling "hoe meer vrijheid des te meer satisfaktie". Weerstand tot veranderen doet zich voor wanneer de gevestigde vrijheden van de persoon bedreigd raken, doordat de therapeut de klient de mogelijkheid aanreikt nieuwe vrijheden, in de vorm van nieuwe gedragingen, zich eigen te maken. Door de klient te laten deelnemen in het beslissingsproces en duidelijk te maken dat zijn vrijheid de oude gedragingen te vertonen niet in het geding hoeft te komen, kan "reactance" worden vermeden. Een effectieve manoeuvre kan ook zijn de klient paradoxaal de oude gedragingen voor te schrijven, waarmee de therapeut de aantrekkelijkheid van de nieuwe gedragingen kan aanwakkeren. Juist doordat paradoxale technieken (o.a. Haley 1973) veelal erop gericht zijn om de klient de klinische direktieven van de therapeut op te laten volgen, verdienen ze meer systematisch aandacht van gedragstherapeuten dan tot nu toe gebeurt (Johnson en Alevizos 1975; ten onzent : Van der Velden, Van Dijk, Van der Hart, Hoogduin, Joele, Lange en Oudshoorn 1977 en 1980).

In het algemeen wordt op de AG met weerstand (opgevat als het niet-medewerken van de klient aan de pogingen van de therapeut gedrag te veranderen) als volgt omgegaan. Ten aanzien van weerstand tegenover de doelen van de gedragsverandering : (a) zorgvuldig informeren over de werkwijze en de rationale ervan; (b) induceren van gunstige verwachtingen; (c) gelegenheid geven voor catharsis; (d) helderheid over doelstellingen door konkreet en specifiek te zijn; (e) duidelijk maken dat deze therapie anders is dan de eventuele voorgaande therapieën. Ten aanzien van weerstand tegenover gedragsrepetities en huiswerk : (a) modeleren van de te leren gedragingen, aansporen van de klient, bekrachtigen van elke benadering van het doelgedrag en zoveel mogelijk de uitingen van weerstand negeren en (b) uitleggen van de reden voor huiswerk : wanneer, waar en hoe vaak, bespreken van het uitgevoerde en eventueel (telefonisch) kontakt houden tussen de zittingen in (cf. Liberman, Wheeler, De Visser, Kuehnelt en Kuehnelt 1980).

2.2.4. Individuele training

In de individuele training uitgevoerd door co-therapeuten onder verantwoordelijkheid van de gedragstherapeut komt het hele skala van de ter beschikking staande gedragsprocedures en -technieken aan bod. Deze zijn, zoals in par. 2.1.4. is besproken, te rubriceren naar de modaliteiten van gedrag : percepties, cognities, beelden, emoties en individuele en interpersoonlijke handelingen (BASIC I.D.). Een selectie van de meest toegepaste individuele (gedrags) oefeningen wordt hier beknopt beschreven.

De grootste groep van procedures/ technieken maakt gebruik van het "exposure" principe, inhoudende dat de klient blootgesteld wordt aan de angstoproepende stimuli. "Exposure" geeft op zichzelf geen verklaring voor de verbetering, maar is een strategie voor de therapeut die de klient met angstverwekkende situaties in kontakt dient te brengen, totdat deze zich er tenminste neutraal bij voelt. Uiteenlopende procedures zoals desensitisatie, flooding en afgeleide technieken, zowel in vivo als in imagine blijken gebaseerd op het principe van exposure dat leidt tot extinktie, habituatie of adaptie van de angstreactie (Stern 1978). Er bestaan in de literatuur talloze uiteenzettingen ten aanzien van de techniek van desensitisatie c.q. flooding. Derhalve wordt hier volstaan met een korte beschrijving*. Klassiek is Wolpe's systematische desensitisering, bestaande uit de konfrontatie van de klient met in hierarchische volgorde gepresenteerde angststimuli in aanwezigheid van een angst-antagonistische respons, gewoonlijk (spier)relaxatie. Desensitisering is van belang voor klienten (met mildere angsten) die een graduele benadering verkiezen of waarbij "exposure" in vivo in de praktijk

* Flooding/ respons-preventie dient men niet te verwarren met de implosieve procedure van Stampfl en Levis (1967) die in de konfrontatie gebruik maakt van psychodynamische thema's en verklaringen.

niet mogelijk is, zodat de angstcondities speciaal dienen te worden gearrangeerd, bijv. bij bloedfobie of onweersfobie. Flooding is de langdurige blootstelling van de klient aan intense angst-oproepende stimuli terwijl deze ervan wordt weerhouden te vermijden. (Wanneer de nadruk valt op de voorkoming van de uitvoering van het vermijdings gedrag, zoals het geval is bij dwangrituelen, heet de procedure : respons preventie). De procedure heeft de voorkeur wanneer de vermindering van de klient massaal is zoals het geval is bij ernstige fobieën en dwangstoornissen (Leitenberg 1976; Rachman en Hodgson 1980).

Het "exposure" principe geldt ook voor modeling. Door een voorbeeld te geven kan modeling een motiverende werking op de klient hebben om zich bloot te stellen aan de angstsituatie. Modeling kan vooral de functie hebben nieuw gedrag te verwerven of afgeleerd gedrag opnieuw te verwerven, zoals met name langdurig buitenshuis verblijven of in aanraking komen met dagelijks "vuil". Door de nieuwe gedragingen uit te voeren disinhibeert de klient de door angst of vrees ingegeven vermijdingsgedragingen en vindt tegelijkertijd uitdoving plaats van de daaraan gekoppelde negatieve emoties. Modeling wordt zowel manifest als bedekt toegepast (Bandura 1977a).

De therapeut kan ook gebruik maken van principes van het operante leren. De toepassing van operante procedures leidt doorgaans eveneens tot "exposure" van de klient aan de angstverwekkende situaties. Belangrijk zijn beloningsprocedures teneinde gedrag te versterken of uit te doven. Strafprocedures worden uit ethische overwegingen niet gebruikt. Bij het belonen van gedrag spelen de technieken "shaping", "fading", "prompting" en "chaining" een belangrijke rol. Shaping houdt in de training van responsen door het belonen van benaderingen van het doelgedrag waarbij de eisen steeds hoger worden gesteld. Prompting is het geven van aanzetten tot gedrag waardoor de aan te leren gedragingen zich eerder zullen voordoen. Fading wordt toegepast door gradueel intrekken van deze aanzetten wanneer de gewenste gedragingen zijn gevormd. Chaining vindt plaats wanneer de voorafgaand geleerde gedragingen een belonende waarde hebben voor het vertonen van het daaropvolgend gedrag. Operante konsepten lijken eenvoudig, maar de toepassing ervan vereist van de co-therapeut creativiteit en volharding.

Vaak zijn fobie en dwang (of depressie) op de een of andere wijze gerelateerd aan een deficiëntie in sociale vaardigheden die via gedragsrepetities ("behavioral rehearsals") zijn op te heffen (Marks 1978). M.b.v. gedragsrepetities kan men dan door simulatie van reële leefsituaties in een individuele setting nieuwe interpersoonlijke gedragswijzen leren. Doorgaans gaat het om assertiviteitsproblemen in nieuwe en onbekende situaties waarbij de klient leert hoe hij op (aan)gepaste manier kan optreden. Er zijn 4 stadia te onderscheiden : (a) de voorbereiding van de klient; (b) de selectie van probleem-situaties; (c) de gedragsrepetities en (d) de uitvoering in de aktuele situatie. Coaching is een belangrijk aspekt bij gedragsrepetities waarbij de co-therapeut de klient feedback verschaft over de effectiviteit van het aangeleerd gedrag (Goldfried en Davison 1976).

2.2.5. Partner-relatie therapie

Op indicatie kan de individuele therapie in de loop van de residentiele behandeling worden uitgebreid met of vervangen door een partner- relatie therapie*. Redenen voor een dergelijke benadering worden geven in zorgvuldige funktionele analyses (o.a. Meyer 1979) en epidemiologisch onderzoek (o.a. Bloom, Asher en White 1978). Aangetoond wordt dat relatieproblematiek in de huwelijkssituatie de antecedenten kan vormen van, dan wel op een andere wijze kan zijn verbonden met, verscheidene neurotische klachten. Veelvuldig geeft ook de casuistische literatuur hiervan voorbeelden, met name bij fobieën (bijv. Kwee en De Waal 1975), dwang (bijv. Stern en Marks 1973) en depressie (bijv. Liberman en Roberts 1976).

Echtpaar-gedragingen zijn te begrijpen in termen van een wederkerig oorzakelijk (circulair) proces, dat gebaseerd is op (a) negatieve (cognitieve) informatieverwerking, (b) gebrekkige reciprociteit in de uitwisseling van bekrachtigers en (c) aanwezigheid van "coercion", het elkaar toedienen van aversieve stimuli. Doelstellingen van de interventie zijn : (a) training in communicatie en probleemoplossing, (b) doen toenemen van de uitwisseling van positief bekrachtigend interactiegedrag en (c) doen afnemen van de uitwisseling van aversieve gedragswijzen. De volgorde van behandeling is selectie van specifieke gedragsdoelen, planning en uitvoering van een effectieve strategie, en consolideren van de verandering (Liberman et al. 1980; Stuart 1980; Jacobson 1979; Gambrill 1977).

Nieuw gedrag ontstaat door het leren van een aantal vaardigheden waarvan de meest gebruikte hier beknopt worden beschreven. De klient leert op de eerste plaats te diskrimineren tussen positief en negatief bekrachtigende gedragingen. Om de kwaliteit van de positieve ervaringen te verbeteren en op te voeren wordt de klient gevraagd voor een aantal weken vast te doen "alsof" het huwelijk reeds een succes is, met name ook in de keuze van het vokabulaire.

Op de tweede plaats leren de klienten adequaat met elkaar te communiceren waarbij het gaat om de vaardigheid passief en actief te luisteren, konstruktief wensen te uiten en direkt, konsekvent en steunend met elkaar te praten. Door middel van gedragsrepetities (modeling, prompting, feedback) traint de therapeut de klient om : (a) de ander te laten uitspreken, (b) bij het onderwerp te blijven, (c) niet af te dwalen naar het verleden, (d) specifiek en concreet te zijn en (e) wensen niet als kritiek te uiten. Belangrijk kan zijn de partners te leren de tijd van praten evenredig te verdelen, bijv. om de beurt ieder 2 minuten over en weer en niet langer dan 20 minuten in totaal. De training betreft zowel verbale als non-verbale communicatiepatronen.

* Daar op de AG doorgaans meerderjarige personen worden opgenomen komt gezinstherapie, waarvoor de aanwezigheid van 2 generaties nodig is, nagenoeg niet voor, zodat deze uiteenzetting ook beperkt zal blijven tot de aanpak van partner- relatie problematiek.

Op de derde plaats leert de klient te onderhandelen om zoveel mogelijk aan elkaars en eigen verlangens tegemoet te kunnen komen. Het is hierbij van belang om tot compromissen te komen hetgeen bevorderd wordt door (a) de overeenstemming over het feit dat men gezamenlijk aan een probleem werkt, (b) ieder een deel van het probleem te kiezen om aan te werken, (c) alle mogelijke oplossingen te rubriceren, (d) de meest aantrekkelijke oplossing(en) uit te proberen en (e) te besluiten hoe deze oplossingen zullen worden uitgevoerd. Dit gebeurt eerst tijdens de zittingen en later als huiswerk.

Op de vierde plaats leert de klient ten aanzien van het gedrag van de ander wensen te formuleren, zodat een wederzijdse tevredenheid en vertrouwen kan worden bewerkstelligd. Dit vindt veelvuldig plaats door middel van het aangaan van kontrakten, waarin de nadruk ligt op positieve konsekwenties voor beiden bij doorvoeren van de specifieke gedragsverandering en waarin het gebruik van sancties zoveel mogelijk wordt beperkt. Afspraken mogen dus niet gebaseerd zijn op: "Als je dat voor mij doet, doe ik dat voor jou", daar een dergelijke procedure leidt tot een negatieve controle van elkaar. Verder is de bedoeling dat de therapeut zich langzamerhand terugtrekt en het paar zelf met het programma doorgaat.

Op de vijfde plaats leert de klient de verandering te konsolideren, door gebruik te maken van een aantal richtlijnen en de relatie regelmatig te evalueren. De richtlijnen zijn gebaseerd op wat de partners ieder voor zich en gezamenlijk als de meest werkzame procedures/ technieken gedurende de gehele behandeling hebben ervaren. In kontraktvorm kunnen de data voor evaluatie-zittingen van het echtpaar waarbij de therapeut niet meer aanwezig is, worden vastgesteld. Zelfcounseling is uiteindelijk het doel waarnaar in deze aanpak wordt gestreefd (Stuart 1980).

2.3. Groepsgerichte activiteiten

Naast de individueel gerichte activiteiten is er op de AG een aantal groepsgerichte activiteiten, zoals veelal in gedragstherapie wordt toegepast (cf. Lazarus 1975). Upper en Ross (1977) zien de volgende voordelen:

"In addition to saving the therapist's time and effort, the group therapy situation offers great opportunity for behavioral rehearsal modeling. Systematic role playing can be used to help clients practice new actions in a therapeutic atmosphere before testing the specified behaviors in their natural environment. Behavioral rehearsals provide the opportunity for vicarious learning by all the group members and may result in further savings in therapy time. The group situation offers unique opportunities to facilitate generalisation through the use of these techniques because of a variety of participants with whom the client can practice new ways of behaving. The other group members also can provide controlled behavioral feedback, which can be more effective than a single

therapist's feedback in helping the client to develop more appropriate behaviors. Frequently a greater number of alternate solutions to problems can be generated from group discussion than from individual therapy" (p. 152).

In de praktische uitwerking dient onderscheid te worden gemaakt tussen gedragstherapie in een groep en groepsgedragstherapie, resp. aan te duiden als co-actiegroep waarbij de leden dezelfde taak naast elkaar uitvoeren en inter-actiegroep, waarbij de leden actief op elkaar inwerken. In gedragstherapie houdt de co-actiegroep in dat de handelingen van de therapeut, die gericht is op de individuele leden, centraal staan. Elk lid is met zijn eigen taak bezig en de onderlinge communicatie is minimaal. De therapeutische interventie is veelal dezelfde als in een individuele setting : een bepaalde procedure/ techniek wordt tegelijkertijd op een groep mensen in praktijk gebracht. Efficiëntie, met name tijdswinst voor de therapeut, is de belangrijkste rationale voor de co-actiegroep, waarvan de groepsgewijze systematische desensitisering (Lazarus 1961) als voorbeeld kan dienen. De inter-actiegroep houdt in dat gedragsverandering afhankelijk is van de activiteiten en van de interactie tussen de leden. De groep bestaat uit individuen die veelal problemen ervaren in de relationele sfeer ofschoon de klachten en problemen ook heterogeen van aard kunnen zijn. Het gehele arsenaal van gedragsprocedures en -technieken kan hier zijn toepassing vinden, waarbij de groepsleden in de toepassing ervan hun bijdrage kunnen leveren. De groep biedt de leden een veilige omgeving. In dit kader is het wenselijk de groepsgeest, affectiviteit en activiteit te bevorderen, met name door de communicatie tussen de leden onderling te bevorderen. Voorbeeld bij uitstek van een inter-actiegroep is groeps- assertiviteitstraining waarin actieve deelname van de leden is vereist (Lazarus 1981).

De te volgen groepstherapeutische taken op de AG zijn in te delen in co-actiegroepen en inter-actiegroepen. De co-actiegroepen bestaan uit de evaluatietraining en de relaxatietraining. De inter-actiegroepen bestaan uit de (funktionele) inzichtstraining, de cognitieve training en de sociale vaardigheidstraining.

2.3.1. Evaluatietraining

Op de AG zijn 2 evaluatie groepen, die meer klacht- dan probleem- gericht zijn en waarvan de een gericht is op de evaluatie van de werkweek en de ander op de evaluatie van het weekeinde.

In de evaluatiegroep met betrekking tot de werkweek beoordeelt de klient wat hij gedaan heeft op een 10-puntsschaal. De op schoolcijfers geente schaal is als volgt verdeeld : 10=uitmuntend, 9=zeer goed, 8=goed, 7=ruim voldoende, 6=voldoende, 5=onvoldoende, 4=ruim onvoldoende, 3=slecht, 2=zeer slecht en 1=allerberoerdest. De klient legt uit op grond waarvan hij het cijfer voor zijn inzet geeft, met name om het verband tussen vooruitgang en eigen bijdrage te benadrukken. In aansluiting hieraan formuleert de klient welke huiswerkopdracht(en) hij heeft

voorbereid om in het weekeinde uit te voeren. Tot slot geeft de klient beknopt aan in welke mate hij van zijn klachten tot dan toe is afgekomen, waarbij 0-50 % staat voor verbeterd, 51-75 % voor veel verbeterd en 76-100 % voor zeer veel verbeterd. Van belang is dat de klient vermeldt op welke feiten hij zijn percentages heeft gebaseerd. Bij een percentage van vijftig wordt een streefontslagdatum vastgesteld en wordt begonnen met de afbouw van het verblijf opdat de aandacht kan worden gekoncentreerd op de generalisatie van de veranderingen in de thuissituatie. Vragen die deze co-actiegroep typeren zijn onder meer : "Wat heb je deze week aan de oplossing van de klachten en problemen gedaan ?", "Wat is jouw eigen specifieke inbreng geweest dat het een ander is gelukt/mislukt ?", "Welk cijfer geef je voor de inzet die je deze week hebt getoond ?", "Wat is je huiswerk en hoe ben je dat van plan in de praktijk te brengen ?", "Geef een percentage aan als maat om aan te geven hoeveel je verbeterd bent (of in welke mate je van je klachten af bent) ?".

In de evaluatiegroep met betrekking tot het weekeinde geeft de klient aan of hij zich aan de huiswerkopdracht heeft gehouden en zo ja hoe hij het heeft gedaan en met welke resultaten. De klient geeft op een 10-puntsschaal aan in hoeverre hij het geleerde in de praktijk heeft kunnen toepassen. Beknopt wordt besproken wat zijn bijdrage is geweest in het laten slagen dan wel niet-slagen van de opdracht. Komplikaties en/of nieuwe aan de oppervlakte gekomen klachten (problemen) en hun antecedenten en consequenties worden geïdentificeerd en besproken, eventueel in de groep, anders zeker in de individuele therapie. Vragen die in deze groep kunnen worden gesteld zijn onder meer : "Wat was je huiswerkopdracht en hoe heb je deze in praktijk gebracht ?", "Wat is jouw specifieke aandeel geweest in het succes/falen van de opdracht ?", "Welk cijfer geef je de toepassing van het geleerde in de praktijk ?", "Hoe heb je het jezelf makkelijk/moeilijk gemaakt ?" en "Wat zei je tegen jezelf dat het lukte/mislukte ?".

De rationale van de evaluatietrainingen is gelegen in (a) het leren van zelfcontrole via zelfregistratie, zelfevaluatie, zelfattributie en zelfinterventie met name door (b) het bewerkstelligen van geprogrammeerde generalisatie, middels huiswerk opdrachten. Daar aan de generalisatie van resultaten nog nader aandacht zal worden besteed (par. 2.4. e.v.) wordt alleen de zelfregistratie en zelfattributie besproken (cf. Goldfried en Merbaum 1973; Mahoney en Thoresen 1974; Stuart 1977). Onder zelfregistratie en zelfevaluatie wordt verstaan de subjectieve beoordeling door de persoon over zijn eigen gedrag(ingen) die afhankelijk van het oordeel bekrachtigend dan wel bestraffend kan zijn. Zelfevaluatie is waarschijnlijk alleen effectief wanneer ze geschiedt vanuit een intrinsieke (en niet een extrinsieke) motivatie, d.w.z. dat de persoon zelf de beoogde gedragsverandering wenst te bereiken. Het gaat bij zelfregistratie om het bijhouden van de stand van zaken. Bevordering van de therapeutische werkzaamheid van zelfregistratie vindt plaats door (a) de positieve motivatie van de klient en (b) het geven van feedback en bekrachtiging op het bereiken van doelen (cf. Nelson 1977). Dit laatste geschiedt tijdens de evaluatietrainingen dan ook zeer uitvoerig, waarbij vaak van de groepsmening gebruik wordt gemaakt. Eventueel kunnen ook sancties worden toegepast, waarbij gebruik gemaakt wordt van de

medewerking van de groepsleden. Zelfattributie is een belangrijk principe dat in de evaluatietrainingen veelvuldig toegepast wordt. De literatuur over attributie (o.a. Valins en Nisbett 1976), geeft aan dat "geloof" van invloed is op gedragsverandering*. Over de bruikbaarheid van het attributie-begrip in de klinische situatie bestaat wel verschil van mening, zo stellen Goldfried en Davison (1976) :

"We are reluctant to attach as much validity to attribution as we would to some other concepts and procedures... It would, however, be premature to discount entirely the clinical utility of attribution in behavior therapy" (p. 181).

Ofschoon voorzichtigheid is geboden, behoort de toepassing van attributie reeds tot het arsenaal van de meer cognitief georiënteerde klinici. Vanuit een cognitief perspectief kan de aan- of afwezigheid van angst en andere spanningen toegeschreven worden aan de cliënten zelfverbalisaties, mentale beelden en actieve handelingen. Een verbatim voorbeeld uit een evaluatietraining moge de toepassing illustreren :

Therapeut (T) : Vertel eens wat heb je dit weekeinde aan huiswerk gedaan ?
Klient (K) : Nou, eh... zoals voorgenomen ben ik naar de film geweest.

Deze keer was ik van te voren niet zo bang geweest.

T. : Wat heb je gedaan dat je vooraf niet zo bang was ?

K : Niets speciaals voorzover ik weet. Het was mooi weer, dan voel ik me altijd beter.

T. : Wat zeg je dan tegen jezelf als het mooi weer is ?

K. : Als het mooi weer is krijg ik zin om allerlei dingen te doen en is mijn angst ook minder.

T. : Dus als het mooi weer is, zeg je tegen jezelf : "Nu heb ik zin om allerlei dingen te doen" en je angst neemt af ?

K. : Ik weet niet of ik dat tegen mezelf zeg

T. : Je bedoelt je hebt er nog niet op gelet ?

K : Neen. Misschien niet.

T. : Haal nog eens het moment naar boven dat je onderweg was naar de bioscoop... Ja, wat zei je toen onderweg tegen jezelf ?

K : Ja, ik herinner mij dat ik zoiets dacht van "Ik weet niet of het druk is, en ook al is het druk en ik voel me duizelig, dan voel ik me maar duizelig. Wat er ook gebeurt. Ik blijf zoals ik me had voorgenomen".

T. : Zou het dan het weer zijn geweest of deze denkwijze dat je van tevoren minder angst had ?

K : Toch wel mijn eigen gedachten.

T. : Dus eigenlijk heb je de angst zelf in de hand ?

K. : Ja, eigenlijk wel ja.

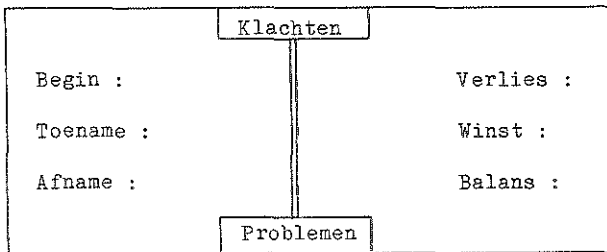
T. : Uitstekend.

* Geloof wordt hier gerekend tot de cognitie, terwijl er ook een affectieve component ten grondslag ligt. Zie overigens Shapiro en Morris (1978) voor een overzicht van placebo effecten.

2.3.2. Funktionele inzichtstraining

Dat inzicht bij alle vormen van leren en dus ook in gedragstherapie een faciliterende werking kan hebben en (motivationale) belemmeringen kan opheffen, behoeft geen betoog. Onder inzicht wordt hier verstaan het doorvoeld zien van verbanden tussen factoren die in eerste instantie voor de klient weinig of niets met elkaar te maken hebben. Van belang is dat inzicht niet uitsluitend op intellectueel nivo verworven wordt, maar ook en vooral op emotioneel nivo, zodanig dat de klient het inzicht ook als zodanig beleeft (cf. Wachtel 1977).

Het doorvoeld inzicht waarnaar in de groepstraining wordt gestreefd, is gelegen op het gebied van het zien van de functionele verbanden tussen de neurotische klachten en (emotionele) levensproblemen, die in de klinische praktijk doorgaans van relationele aard blijken te zijn. Het gaat hier dus om een gedragsanalyse van een klient in de groepssetting. Ten behoeve van de functionele analyse wordt gebruik gemaakt van het volgende schema, dat te beschouwen is als een plattegrond, waarop de informatie over de klient overzichtelijk is samen te vatten.

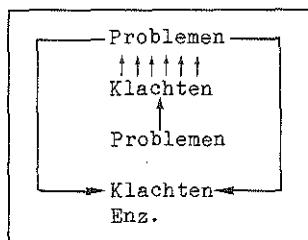


De klient wordt gevraagd te beginnen met de verduidelijking en konkrete specificatie van zijn klachten, met name waar deze uit bestaan, hoe intens ze zijn, hoe vaak ze zich voordoen en hoe lang het dan duurt. Vervolgens wanneer de klachten voor het eerst waren opgetreden en hoe deze zich in de loop van de tijd hebben ontwikkeld, waarbij de nadruk ligt op de periode dat de klachten waren toegenomen en afgenomen. Dan volgt een bespreking van de leefsituatie van de klient die specifiek gericht is op de emotionele problemen die hij in het kontakt met voor hem belangrijke personen in de thuis- en/of werksituatie ervaart. Het is van belang hier na te gaan in hoeverre deze problemen samenhangen met persoonlijke houding en habituele reaktiewijzen (Bijv. precies, wantrouwend of aandachttrekkend) van de klient in interpersoonlijke situaties, zowel in het verleden als in het heden. Een volgende stap is het inventariseren van het verlies dat de klient door zijn klachten ervaart en dat tot een bepaalde lijdensdruk heeft geleid. Voorts vindt bespreking plaats van de eventuele winst die van intrinsieke (bijv. spanningsredukt.) en/of extrinsieke (bijv. aandacht) aard kunnen zijn. Ten slotte kan een balans worden opgemaakt op grond waarvan de klient zelf het besluit kan nemen al

dan niet verder aan zijn klachten en problemen te werken.

Terwijl een topografische analyse weergeeft wat er gedragsmatig met de klient aan de hand is, geeft een funktionele analyse de verbanden aan tussen de klachten en de problemen en hoe de klachten onbedoeld tot voordelen hebben geleid. Het belang van de bespreking van het begin, de toename en de afname van de klachten is om het verband te kunnen leggen met problematische gebeurtenissen die eraan vooraf zijn gegaan en/of gelijktijdig zijn opgetreden. Gelet wordt op de verschillende leefsituaties waarin de klient emotionele problemen ervaart in relatie tot voor hem belangrijke anderen en tot zichzelf. Het gaat erom dat de klient het (funktioneel) inzicht verwerft dat spanningen in het leven invloed hebben op klachten. Dit gebeurt aan de hand van voorbeelden. Naast het temporele verband kan ook aandacht worden besteed aan de symbolische en de relationele betekenis van het klachtenpatroon. Het temporeel verband geeft aan dat een bepaald specifiek probleem bijv. de dood van een geliefd persoon, in de tijd vooraf ging aan de ontwikkeling van uitvoerig handen wassen. Een symbolisch verband geeft de mogelijkheid aan dat een bepaald specifieke klacht, bijv. klaustrofobische angst, een symbolische betekenis heeft voor een meer abstrakt of figuurlijk, niet onderkend probleem, zoals "gevangenschap" in een huwelijkssituatie waar men niet uit durft te stappen. Een relationeel verband, een specifieke vorm van symbolisch verband, geeft de mogelijkheid aan dat de klacht, bijv. overmatig verschonen van het beddegoed, een specifieke betekenis heeft in een bepaalde relatie, zoals een intimiteitsprobleem met de partner.

Ofschoon de verhouding probleem- klacht hier causaal wordt voorgesteld, lijken klachten en problemen in de klinische realiteit eerder circulair met elkaar samen te hangen. Ervan uitgaande dat onopgeloste levensproblemen van relationele aard kunnen resulteren in neurotische klachten als fobie en dwang kunnen de klachten op hun beurt leiden tot nieuwe problemen, die de klachten wederom versterken, enz. Schematisch :



Wanneer de klient eenmaal klachten heeft, kan hij hiermede op verscheidene manieren voordelen behalen. Het herkennen van winstfactoren voortkomende uit klachten werkt demotiverend voor de klient, maar blijft doorgaans onopgemerkt. Het hangt dan ook van de kunde van de therapeut af deze aan de oppervlakte te brengen, zodanig dat ze voor de klient te (h)erkennen zijn. De volgende indeling kan hierbij als leidraad fungeren :

Intrinsieke winst

*Winst door vermijdingsgedrag

*Winst door passief gedrag

Extrinsieke winst

*Winst uit materiele "beloning"

*Winst uit sociale "beloning"

Onder de categorie intrinsieke winst wordt verstaan de positieve gevolgen die de klient ervaart volgens het principe van negatieve bekrachtiging, doordat hij vlucht of vermijdt. Winst uit vermijdingsgedrag, bestaat uit spanningsreduktie die optreedt bij het vermijden van of vluchten uit de angstsituaties, middels de uitvoering van de klachten, bijv. de handen uitvoerig wassen of niet meer uit huis komen. Winst uit passief gedrag houdt in dat de klient niet de verantwoordelijkheid hoeft te nemen, de problemen op te lossen, bijv. een scheidingsprocedure te beginnen of weer aan het werk te gaan, daarbij de klachten als excuus gebruikt en zodoende de status quo handhaaft. De categorie extrinsieke winst werkt volgens het principe van de positieve bekrachtiging die de klient uit externe bron krijgt toebedeeld en die materiele en/of sociale vormen kan aannemen. Winst uit materiele "beloning" is het voordeel dat de klient kan hebben doordat hij middels zijn klachten door instanties (permanent) bevoorrecht raakt, bijv. een speciale woning krijgt of een speciale uitkering geniet. Winst uit sociale "beloning" kan zich op verscheidene manieren manifesteren, zoals het krijgen van aandacht, het hebben van een geldig excuus, het ontslagen worden van moeizame verplichtingen en het a priori ontzien worden.

Zowel de intrinsieke als de extrinsieke categorieën van winst hebben een korte- termijnwerking maar leiden uiteindelijk tot verlies doordat de klachten in stand blijven en eventueel toenemen. Het is tenslotte van belang te konstaten dat beide winstfactoren aanleiding kunnen geven tot een nieuw psychisch evenwicht dat verandering weerstreeft. Daarmee dient bij het streven naar verandering rekening te worden gehouden (Frank 1974).

2.3.3. Rationeel emotieve training

Binnen een gedragstherapeutisch kader zijn er verschillende cognitieve interventie vormen onder te brengen. De bekendste daarvan zijn Ellis' rationale therapie (1962) en Beck's cognitieve therapie (1976). Beide worden op de AG toegepast. Gemeenschappelijk aan deze methodieken zijn 3 aannamen, te weten : (a) de mens reageert voornamelijk op cognitieve representaties van de omgeving en niet op de omgeving als zodanig; (b) de cognitieve representaties staan in funktie van de parameters van het leren, die hoofdzakelijk cognitief worden gemedieerd en (c) ondanks het feit dat gedachten, gevoelens en gedragingen samenhangen, worden gevoelens en gedragingen langs cognitieve weg gemodificeerd (Mahoney 1977)*.

* De begrippen van Cautela (Upper en Cautela 1979) zijn evenals die van Wolpe (1958) ondergebracht in het konditioneringsparadigma. De aanname dat symbolische activiteiten op dezelfde psychologische principes gebaseerd zijn als die, welke voor manifeste gedragingen gelden, is moeilijk verdedigbaar (Wilson en O'Leary 1980).

De rationeel- emotieve procedures die door Ellis (1962) werden ontwikkeld zijn tot de jaren zeventig nog buiten het gezichtsveld van de gedragstherapie gebleven. De grondgedachte van de rationele training is terug te brengen tot een uitspraak van de wijsgeer Epictetus (1e eeuw na Chr.) : "Mensen raken niet emotioneel gestoord door de dingen zelf, maar door de manier waarop ze er tegenaan kijken". In Ellisiaanse termen wordt gesproken over het ABC van het ontstaan van emoties, waarbij A staat voor de waarneming van de aktiverende gebeurtenis, B voor de beoordeling, houding of zelfspraak (zelfverbalisatie) over A, en C voor de emotionele reakties of konsekwenties die volgen op B. Bijv. : "Het is niet de straat die ik zie (A) die me angstig maakt (C), maar mijn gedachte (B) dat ik daar flauw kan vallen" en "Het is niet zozeer het vuil dat ik waarneem op mijn hand (A) waardoor ik me gespannen voel (C) maar het idee (B) dat mijn hand schoon moet zijn en er absoluut geen vuil op mag komen". Ellis (1970) somt een twaalfstal elementaire irrationele ideeën op waarmee mensen zichzelf doorgaans emotioneel schade toebrengen : (a) Het is voor een volwassene een absolute noodzaak geliefd te zijn door iedereen in zijn omgeving ; (b) Men moet in alle opzichten helemaal perfekt, kompetent en succesvol zijn om zichzelf de moeite waard te kunnen vinden ; (c) Mensen die daden uitvoeren die als slecht of gemeen zijn te kwalificeren, dienen zwaar gestraft te worden ; (d) Het is verschrikkelijk en rampzalig wanneer de dingen niet zo verlopen als men dat zou wensen ; (e) Menselijk leed wordt van buitenaf veroorzaakt en de mensen beschikken zelf niet over de mogelijkheid hun lot te beheersen ; (f) Als iets gevaarlijk of angstverwekkend is, dan moet men zich daar vreselijk bezorgd over maken en moet men er steeds voor op zijn hoede blijven ; (g) Het verdient de voorkeur levensproblemen en eigen verantwoordelijkheden uit de weg te gaan dan ze onder ogen te zien ; (h) Men moet afhankelijk zijn van en zich laten steunen door anderen die groter en sterker zijn ; (i) Iemands verleden is bepalend voor zijn huidig gedrag en derhalve zal een sterk aangrijpende gebeurtenis altijd van invloed zijn ; (j) Men dient zich te allen tijde heel erg druk te maken over het wel en wee van anderen ; (k) Er bestaan juiste, nauwkeurige en perfecte oplossingen voor menselijke problemen en het is rampzalig als deze perfecte oplossingen niet worden gevonden en (l) Het is volstrekt niet mogelijk een gelukkig leven te leiden met onzekerheden. Voor de alternatieven van deze 12 irrationele gedachten zij verwezen naar Ellis en Grieger (1977), De Moor (1978), Diekstra en Dassen (1979) en Kwee (1982).

In praktijk van de therapie wordt het A-B-C model uitgebreid met het D-E systeem, waarbij D staat voor het betwisten van de irrationele B's en de E staat voor de beoogde emotionele en gedragsveranderingen. Ellis (1977) staat een debat voor volgens de logisch-empirische methode van wetenschapsbeoefening om zodoende de irrationele denkwijze van de klienten aan te vallen en te ontzenuwen. Hierbij kunnen de 5 criteria voor rationeel denken, die door Maultsby (1978) zijn ingevoerd, behulpzaam zijn : (a) rationeel denken is gebaseerd op objektieve feiten, (b) rationeel denken helpt te beschermen tegen mogelijke schade, (c) rationeel denken helpt korte- en lange- termijn doelen te bereiken, (d) rationeel denken helpt konflikten met anderen te voorkomen en (e) rationeel denken helpt te wennen aan de emoties die men wenst te hebben. Deze 5 criteria zijn door

Kwee (1978) om praktische redenen teruggebracht tot 3 zodat de klient op een vereenvoudigde wijze denkoefeningen in de vorm van een Rationele Zelf-Analyse (RZA) kan maken (zie Tabel 2.II. voor een voorbeeld).

Zeer nauw verwant aan Ellis' methode is Beck's cognitieve therapie. In de cognitieve therapie gaat het om de verwerving van nieuwe adaptieve denkpatronen of cognitieve schema's waarvan verondersteld wordt dat ze in de periferie van het bewustzijn (automatisch en perseveratief) fungeren. Verandering wordt bewerkstelligd via : (a) registratie van de negatieve automatische gedachten of zelfverbalisaties, (b) leren zien van de verbanden tussen cognities, emoties en manifeste gedragingen, (c) zoeken naar bewijzen voor en tegen de onderkende automatische gedachten, (d) vervanging van deze cognities door de meer op realiteit gebaseerde interpretaties en (e) leren identificeren en vervangen van de dysfunktionele gedachten (Beck, Rush, Shaw en Emery 1979).

Beck (1976) onderscheidt 7 meest gemaakte denkfouten die in therapie worden gekorrigeerd : (a) arbitraire inferentie - konklusies trekken zonder bewijs of zelfs in weerwil van bewezen tegendeel, (b) selectieve abstraktie - abstraheren van ervaringen op basis van slechts een of enkele details onder negeren van de context, (c) overgeneralisering - algemene gevolgtrekkingen maken op grond van een enkel voorval, (d) opblazen en minimaliseren - onplezierige gebeurtenissen als katastrofaal resp. nietig beschouwen terwijl ze noch het een noch het ander zijn, (e) onjuist etiketteren - traumatische ervaringen niet naar hun reële waarde benoemen, (f) cognitieve deficientie - geen gebruik maken van opgedane belangrijke persoonlijke ervaringen, (g) personifikatie - de neiging ongegrond externe gebeurtenissen op zichzelf te betrekken. Aan dit rijtje zijn nog 2 soorten denkfouten die door Lazarus (1971a) zijn onderkend toe te voegen : (h) dichotoom redeneren - zwart/wit denken, waardoor men slechts 2 extreme evaluatiemogelijkheden toelaat en geen ruimte overblijft voor nuances en (i) oversocialisatie - het onvermogen de arbitraire aard van sociaal-culturele normen en waarden te doorzien.

Terwijl Ellis direkt konfronterend bezig is, past Beck een Socratische aanpak toe, inhoudende het door de klient zelf laten ontdekken van de onjuistheden en distorties in zijn denken. Voorts wordt op de AG toegepast : training in zelfinstructie (Meichenbaum 1977), training in probleem- oplossing (Goldfried en Goldfried 1980) en training in angstbeheersing (Suinn en Richardson 1971).

2.3.4. Assertiviteitstraining

Veel van de neurotische klachten die op de AG gepresenteerd worden, zijn gebaseerd op spanningen die voortkomen uit problemen in de relatievorming. Derhalve is sociale vaardigheidstraining of assertiviteitstraining een veel gebruikte behandelingsvorm. Assertiviteit behelst het vermogen tot direkte uiting van een verscheidenheid van positieve en negatieve gedachten en gevoelens, in het bijzonder het vermogen voor eigen rechten op te komen, het vermogen een verzoek te doen, het vermogen affekt te uiten en het vermogen een konversatie te beginnen, te continueren en te

Tabel 2.II. Voorbeeld van een Rationele Zelf-Analyse (RZA).

<p>A. <u>Waarneming van een gebeurtenis:</u> Ik ben op een personeelsfeest van mijn werk waar veel mensen aanwezig zijn.</p>	<p>D^a. Camera-controle van A: Met veel mensen bedoel ik ca. 120 personen.</p>
<p>B. <u>Gedachten (evaluaties) over A:</u> 1. Niemand vindt mij aardig.</p> <p>2. Ik moet in alle mogelijke opzichten competent en succesvol zijn.</p> <p>3. enz.</p>	<p>D^b. <u>Rationele gedachten over A:</u> 1(a) Het is niet mogelijk dat iedereen mij aardig vindt, er zullen altijd mensen zijn die dat niet doen. Stel het is mogelijk, dan is er maar de vraag of men dat in gewenste mate zal blijven doen. (b) In plaats van de genegenheid van iedereen te winnen, hetgeen alleen maar tot spanningen leidt, kan ik mijn tijd en energie beter steken in een creatieve en produktieve manier van leven. (c) Door op deze manier de sympathie van anderen te zoeken raak ik in de knoei met mijn overige wensen en verlangens en ben ik geneigd mensen zodanig lastig te vallen dat ik het tegendeel bereik. 2(a) Het is niet mogelijk in alle opzichten even competent en succesvol te zijn, er zullen altijd gebieden zijn waar ik voor een ander onder moet doen. Net als andere mensen ben ik niet volmaakt, zodat ik me beter kan concentreren op het wezenlijke van mijn capaciteiten in plaats van maar steeds te verlangen uit te blinken. (b) Door van mezelf te eisen dat ik altijd moet slagen, roep ik alleen maar het idee op incompetent te zijn en op grond hiervan ongewenste gevoelens van angst als het niet lukt. (c) Aangezien volmaaktheid onbereikbaar is, zal deze gedachte leiden tot zelfverwijt. 3. enz.</p>
<p>C. <u>De gevolgen van B:</u> - op gevoelsnivo: angst gevoeld - op gedragsnivo: naar huis "gevlucht".</p>	<p>E. <u>Het beoogde doel als gevolg van D^b:</u> - op gevoelsnivo: neutraal-plezierig voelen - op gedragsnivo: op het feest blijven</p>

Drie criteria voor rationeel denken:

- Komt deze gedachte overeen met de bekende feiten/ervaringsgegevens?
- Kan ik met deze gedachte mijn emotionele en gedragsdoelen (E) bereiken?
- Kan ik met deze gedachte ongewenste conflicten met mezelf en/of anderen voorkomen?

beeindigen.

Op de AG worden in navolging van Lange en Jacobowski (1976) 5 soorten van assertiviteit in de training onderscheiden : (a) Elementaire assertiviteit - het opkomen voor persoonlijke rechten, meningen en gevoelens. Bijv. : "Sorry, maar ik was aan het woord" (bij interruptie) ; (b) Empathische assertiviteit - uitspreken dat men zich in de plaats van de ander kan stellen en toch voor eigen recht opkomen. Bijv. "Ik begrijp dat het moeilijk is voor U om iets te zeggen, maar ik zou het toch graag globaal willen weten" ; (c) Escalerende assertiviteit - indien minimale effectieve responsen niet werken, dan kan men krachtiger optreden zonder agressief te worden. Bijv. "Dit is de derde en de laatste keer dat ik je zeg niet van je gezelschap te zijn gediend" ; (d) Konfronterende assertiviteit - men wijst op de niet gedane belofte van de andere persoon en geeft uiting aan wat men wil. Bijv. "Je zou me raadplegen voordat je de definitieve versie maakt, ik wil wel dat het de volgende keer ook gebeurt". (e) Ik-taal assertiviteit - deze is vooral geschikt negatieve gevoelens te uiten in plaats van de ander te verwijten. Bijv. "Als ik telkens geïnterrupteerd word, krijg ik het idee dat mijn betoog je niet interesseert. Mag ik eerst uitspreken?". Voor een handleiding van de hier voorgestane cognitief- gedragsmatige benadering van assertiviteitsproblemen zij verwezen naar Lange en Jacobowski (1976) en Jacobowski en Lange (1979).

Van belang in de training van assertieve gedragingen is de structuur die op de AG bestaat uit : (a) de motivering van de klient tot het stellen van assertief gedrag, (b) de selectie van een probleemsituatie waarmee geoefend wordt en (c) de gedragsrepetitie, die volgens de principes van modeling en feedback werkt. Belangrijkste komponent van assertiviteitstraining is de gedragsrepetitie, waarbij de therapeut de rol aanneemt van degene tegenover wie de klient moeite heeft zich assertief op te stellen waarbij de klient aangemoedigd wordt zich via modeling en coaching een assertief reactiepatroon eigen te maken. Modeling houdt in dat de therapeut een voorbeeld geeft van een adequate reactie in de probleemsituatie. Het gaat erom de klient een respons te laten zien, waarmee een maximaal effect kan worden bewerkstelligd met een minimum aan inspanning en negatieve emoties en waarmee nadelige sociale repercussies voorkomen worden (Rimm en Masters 1979). Bijv. : (De kelner geeft te weinig geld terug) - "ik denk dat U te weinig heeft teruggegeven, wilt U het nog even nakijken". In plaats van er niets van te zeggen, terwijl men ermee zit (subassertief) of te zeggen : "Kunt U niet tellen, denkt U dat het geld bij mij op de rug groeit?!" (agressief). Bij het modelleren wordt behalve op de inhoud ook gelet op de nonverbale komponenten ; (a) oogkontakt, (b) mimiek, (c) lichaamshouding en paralinguïstische komponenten (responslatentie, stemvolume en stemarticulatie).

Op de AG is de procedure verder dat de klient een op zijn assertiviteitsprobleem gericht dagboek of notitieboek bijhoudt, waarin hij een beknopt verslag maakt van tegengekomen problemen en uitgevoerde huiswerkopdrachten. Beschreven wordt : (a) de situatie - wie, waar, wanneer, waarover?, (b) het eigen gedrag - wat wil ik bereiken, wat zeg ik, wat doe ik? en (c) de effecten - wat is het resultaat geweest? De trainer kan hier schriftelijk feedback op geven (cf. Van Dam-Baggen en

2.3.5. Relaxatietraining

Relaxatietraining vindt op de AG dagelijks plaats ten behoeve van de vergroting van de zelfkontrolle in een verscheidenheid van spanningoproepeende situaties. Meestal wordt daarbij de progressieve relaxatie volgens Jacobson (1929) en Wolpe (1958) toegepast. Het gaat daarbij om een progressieve spierrelaxatie. Voor een uitgebreide handleiding voor progressieve relaxatietraining zij verwezen naar Bernstein en Borkovec (1977).

Andere minder gebruikte technieken zijn : autogene training, sensorische relaxatie en hypnotische inductie (cf. De Moor 1978). Terwijl progressieve relaxatie is gebaseerd op het kontrasteffect van spierspanning en spier-ontspanning is autogene training gebaseerd op proprioceptieve gewaarwordingen die middels concentratie en zelfsuggestie worden opgeroepen. De klient wordt opgedragen subvokaal tegen zichzelf de zinnen te zeggen zoals bijv. : "Mijn armen en handen voelen zwaar en warm aan" en "Mijn benen en voeten voelen zwaar en warm aan". Autogene training kan zinvol zijn na progressieve relaxatie en voorafgaand aan ademhalingsontspanning (Kwee 1977). Sensorische relaxatie geschiedt door middel van een serie vragen (24), die de therapeut aan de klient stelt over wat de laatste op een bepaald moment wel of niet kan ervaren. Bijv. : "Is het mogelijk dat een van Uw beide armen meer ontspannen aanvoelt dan de ander?" en "Is het mogelijk dat U een verandering van temperatuur in Uw lichaam opmerkt?". De klient wordt geïnstrueerd de vragen subvokaal met "ja" of "neen" te beantwoorden. Er zijn geen goede of verkeerde antwoorden en het gaat om het bezig zijn met de gestelde vraag. Relaxatie is verder ook te bewerkstelligen door middel van hypnotische inductie, waarvan tientallen varianten bestaan (Weitzenhoffer 1957). Ontspanning via hypnose kan worden teweggebracht wanneer de klient er zelf om vraagt. Over het algemeen verdient relaxatie als vaardigheid de voorkeur.

Indien er problemen zijn bij het ontspannen, kan gebruik gemaakt worden van biofeedback procedures. Doordat de klient informatie teruggekoppeld krijgt via auditieve of visuele signalen, kan hij leren de fysiologische respons te besturen. Bijv. kan elektromyografische feedback de klienten, die zich moeilijk ontspannen, helpen het verschil tussen spierontspanning en spierspanning te herkennen (Godaert 1980).

* Er bestaan verschillende theorieën over assertiviteitstrainingen, die variëren van reciproke inhibitie tot operante konditionering, die alle echter een onvoldoende verklaring geven over de ontwikkeling van (sub)assertief gedrag en de werkzaamheid van assertiviteitstraining. Galassi en Galassi (1978) stellen : "... it appears more profitable for both explanatory and heuristic purposes to reconceptualise assertion training and the development of nonassertive behavior from a more broadly based learning theory perspective".

2.4. Bevordering van generalisering*

Ten behoeve van "transfer" (overdracht naar andere situaties) of generalisering van behandelingseffekten bestaan er 2 typen groepen op de AG. De eerste groep is de nazorggroep en de tweede is de parallelgroep. Aan de nazorggroep nemen ex-klienten deel. De groep komt om de 2 weken bij elkaar en kan gedurende ten hoogste een half jaar na ontslag worden bezocht. In de nazorggroep ligt het accent op de bevordering van de zelfkontrolle of zelfregulatie van de klient ten aanzien van het eigen gedrag. De parallelgroep wordt bezocht door significante anderen, en wel in de periode dat de klient is opgenomen. De parallelgroep heeft de functie de sociale omgeving van de klient zodanig te beïnvloeden dat deze na ontslag het therapeutisch verworvene kan behouden.

2.4.1. Nazorggroep

De nazorggroep is opgezet om te voorkomen dat ontslagen klienten in een vacuum terecht komen, ervoor te zorgen dat een eventuele kloof tussen kliniek en thuissituatie wordt overbrugd. Het gaat om de generalisering van reeds behaalde resultaten en de bespreking van aanwezige restklachten en restproblemen, waarbij een actieve en taakgerichte aanpak wordt voorgestaan. De nadruk valt grotendeels op zelfregulatie en de uitvoering van huiswerkopdrachten.

In de nazorgfase van de therapie is het van belang de klient probleemoplossende vaardigheden ten aanzien van toekomstige problemen bij te brengen om zodoende de kans op terugval zoveel mogelijk in te perken. Het gaat om de ontwikkeling van een "rampenplan" waarvoor Meichenbaum (1977) zijn "stress-inoculation" training heeft ontworpen. Deze bestaat uit 3 fasen : (a) Educatieve voorbereiding - de klient krijgt een uitleg over de rationale van de training, leert stress-situaties te diskrimineren en leert de eerste tekenen van stress-toestanden te herkennen ; (b) Eigen maken van vaardigheden - de klient leert vaardigheden in de vorm van zelf-instructie training (zie par. 2.3.3.), zelf-relaxatie training (zie

* Recentelijk funktioneert een Sociaal-Maatschappelijk-Orientatie Groep (SMOG). :Als doelstelling heeft de SMOG de klienten zicht te verschaffen op hun maatschappelijke situatie, zodat zij een weg kunnen vinden in de "maatschappelijke mist". Men leert problemen op te lossen op het gebied van o.a. huisvesting, vrijetijdsbesteding, studie, werk, financiën en sociale voorzieningen. De taken van de groepsleden zijn : (a) eigen sociaal- maatschappelijke problemen aan de orde stellen, (b) inventariseren en werken aan de geïdentificeerde probleemgebieden, (c) gebruikmakend van de groep nagaan of gemaakte afspraken zijn nagekomen en (d) middels gedragsrepetities moeilijke situaties, zoals bijv. solliciteren aan de orde stellen. De SMOG is een open groep die vrijwillig wordt bezocht. De groep staat onder leiding van een maatschappelijk werkende.

par. 2.3.5.) en zelf-geïnduceerde assertiviteit (zie par. 2.3.4.) en (c) Praktische toepassing - de klient leert de vaardigheden gradueel toe te passen, eerst in de voorstelling, dan in een rollenspel en tenslotte in de werkelijke situatie (cf. Novaco 1977).

Lazarus (1978) spreekt in dit verband van emotionele "fire drills" ten behoeve waarvan hij voorstellingsoefeningen heeft beschreven. Door de klient te voorzien van een geprogrammeerde gedragswijze is enigermate te voorkomen dat men overvallen wordt door traumatische gebeurtenissen.

2.4.2. Parallelgroep

Aan de behandeling van de sociale omgeving kan slechts in beperkte mate worden gewerkt. Ten einde generalisering van de behandelingsresultaten te bewerkstelligen, is op de AG een parallelgroep ingesteld, die kan worden bezocht zolang de klient is opgenomen. Deze groep is bestemd voor de significante personen uit het dagelijks leven van de klient (doorgaans de partners). De activiteiten in de groep zijn gericht op 3 zaken.

Ten eerste informatie en steun. Vaak valt het niet mee voor de "thuisblijvers" te begrijpen wat er met de klient aan de hand is en wat de klinische therapie inhoudt. De rationale van de behandeling kan begrijpelijk worden gemaakt door het functioneel verband tussen de klachten en problemen van de klient uiteen te zetten. Voorts kan worden uitgelegd dat de behandeling een psychosociaal in plaats van een medisch model volgt en dat dit training en huiswerk impliceert. Ook kan steun en structuur geboden worden bij de problemen van de significante anderen.

Ten tweede gaat het erom de significante anderen de vooruitgang van de klient te laten zien door ze te informeren over de verschillende individuele en groepsactiviteiten. Principes van de functionele inzicht-training, evaluatie-training, rationele training, assertiviteitstraining, relaxatie-training en stress-resistentie training kunnen aan bod komen. In verband hiermee kunnen mogelijke winstfactoren van de significante anderen aan bod komen. Er kan sprake zijn van een "neurotisch kontrakt", waarbij de geïdentificeerde "patient" al of niet bewust de schuld krijgt van alle problemen en de ander vrijuit kan gaan. Zo kan een jaloerse partner van een agorafobische vrouw al of niet bewust de klinische therapie tegenwerken, daar vooruitgang in de fobie bedreigend voor hem kan worden. Een echtgenoot die graag alleen op stap gaat kan in de smetvrees/wasdrang van de klient een excuus vinden om het huis te ontvluchten.

Ten derde is er het doel de sociale omgeving van de klient zodanig therapeutisch te bewerken dat de significante anderen de functie van co-(gedrags) therapeut op zich kunnen nemen. Dit houdt in het aansporen van de klient de opgedragen huiswerk opdrachten uit te voeren, eventueel daarbij systematisch aan de uitvoering mede te werken en de klient te voorzien van bekrachtiging voor de uitgevoerde gewenste gedragingen. Zoals uit het voorgaande duidelijk mag worden zal dit alleen mogelijk zijn wanneer een significante ander geen voordeel behaalt aan klient's klachten.

2.5. Referenties

- Bandura, A. (1969) : Principles of Behavior Modification. New York : Holt.
- Bandura, A. (1977a) : Social Learning Theory. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall
- Bandura, A. (1977b) : Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1978) : The self system in reciprocal determinism. American Psychologist, 33, 344-358.
- Beck, A.T. (1976) : Cognitive therapy and the emotional disorders. New York : International Universities Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. en Emery, G (1979) : Cognitive Therapy of Depression. New York : Wiley.
- Bernstein, D.A. en Borkovec, T.D. (1973) : Progressive relaxation training : A manual for the helping professions. Champaign, Ill. : Research Press.
- Blanchard, E.B. en Hersen, M. (1976) : Behavioral treatment of hysterical neurosis : Symptom substitution and symptom return. Psychiatry, 39, 118-129.
- Bloom, B.L., Asher, S.J. en White, S.W. (1978) : Marital disruption as a stressor : A review and analysis. Psychological Bulletin, 856, 867-894.
- Brehm J.W. (1966) : A Theory of Psychological Reactance. New York : Academic Press.
- Brewer, W.F. (1974) : There is no convincing evidence for operant or classical conditioning in adult humans. In : W.B. Weimer en D.S. Palermo (Eds.) : Cognition and the Symbolic Processes. Hillsdale, N.J. : Erlbaum.
- Burger, A.W. (1980) : Functie-analyse van Neurotisch Gedrag, Amsterdam : Van Rossen.
- Cameron, R. (1978) : The clinical implementation of behavior change techniques : A cognitively oriented conceptualization of therapeutic "Compliance" and "Resistance". In : J.P. Foreyt en D.P. Rathjen (Eds.) : Cognitive Behavior Therapy : Research and Application. New York : Plenum Press.
- Colby, K.M. (1962) : Discussion of papers on the therapist's contribution. In : H.H. Strupp en L. Luborsky (Eds.) : Research in Psychotherapy (Vol. 2). Washington, D.C. : American Psychological Association.
- Van Dam-Baggen, R. en Kraaiaaam, F. (1979) : Assertieve training In : J.W.G. Orlemans, W. Brinkman, W.P. Haayman en E.J. Zwaan (Red.) : Handboek voor Gedragstherapie. Deventer : Van Loghum Slaterus.
- Davison, G.C. (1973) : Systematic desensitisation as a counter conditioning process. Journal of Abnormal Psychology, 73, 91-99.
- Diekstra, R.F.W. en Dassen, W.F.M. (1979) : Inleiding tot de Rationele Therapie (3). Lisse : Swets en Zeilinger.
- Ellis, A. (1962) : Reason and Emotion and Psychotherapy. New York : Lyle Stuart.

- Ellis, A. (1970) : The Essence of Rational Psychotherapy : A Comprehensive Approach to Treatment. New York : Institute for Rational Living.
- Ellis, A. (1977) : The basic clinical theory of rational emotive therapy. In : A. Ellis en R. Grieger (Eds.) : Handbook of Rational Emotive Therapy. New York : Springer.
- Ellis, A. en Grieger, R. (1977) : Handbook of Rational Emotive Therapy. New York : Springer.
- Frank, J.D. (1974) : The restoration of morale. American Journal of Psychiatry, 131, 271-274.
- Franks, C.M. (1976) : Foreword. In : A.A. Lazarus : Multimodal Behavior Therapy. New York : Springer.
- Franks, C.M. en Wilson, G.T. (1975) (Eds.) : Annual Review of Behavior Therapy : Theory and Practice (Vol. III). New York : Brunner / Mazel.
- Galassi, M.D. en Galassi, J.P. (1978) : Assertion : A critical review. Psychotherapy : Theory, Research and Practice, 15, 16-29.
- Gambrill, E. (1977) : Behavior Modification : Handbook of Assessment, Intervention and Evaluation. San Francisco : Jossey-Bass.
- Garfield, S.L. en Kurtz, R. (1976) : Clinical psychologists in the 1970's. American Psychologist, 39, 1-9.
- Godaert, G. (1980) : Biofeedback procedures. In : J.W.G. Orlemans, W. Brinkman, W.P. Haayman en E.J. Zwaan (Red.) : Handboek voor Gedragstherapie. Deventer : Van Loghum Slaterus.
- Goldfried, W.R. en Davison, G.C. (1976) : Clinical Behavior Therapy. New York : Holt.
- Goldfried, M.R. en Goldfried, A.P. (1980) : Cognitive change methods. In : F. Kanfer en A. Golstein (Eds.) : Helping People Change (2nd ed.). New York : Pergamon.
- Goldfried, M.R. en Merbaum, M. (1973) (Eds.) : Behavior Change through Self-Control. New York : Holt.
- Gottman, J.M. en Leiblum, S.R. (1974) : How to Do Psychotherapy and how to Evaluate it : A Manual for Beginners. New York : Holt.
- Haley, J. (1973) : Uncommon Therapy. New York : Norton.
- Hand, I. en Lamontagne, J. (1976) : The exacerbation of interpersonal problems after rapid phobia removal. Psychotherapy : Theory, Research and Practice, 13, 405-411.
- Hersen, M. en Bellack, A.S. (1976) (Eds.) : Behavioral Assessment : A Practical Handbook. New York : Pergamon Press.
- Jacobowski, P. en Lange, A.J. (1979) : The Assertive Option : Your Rights and Responsibilities. Champaign, Ill. : Research Press.
- Johnson, D.W. en Matross, R.P. (1977). Interpersonal influence in psychotherapy : A social psychological view. In : A.S. Gurman en A.M. Razin (Eds.) : Effective Psychotherapy : A Handbook of Research. New York : Pergamon Press.
- Johnson, S.M. en Alevizos, P.N. (1975) : Strategic therapy : A systematic outline of procedures. Paper presented at the Ninth Annual Conference of the A.A.B.T., San Francisco.
- Kanfer, F.H. en Phillips, J.S. (1970) : Learning Foundations of Behavior Therapy. New York : Wiley.

- Kanfer, F.H. en Saslow, G. (1969) : Behavioral diagnosis : In : C.M. Franks (Ed.) : Behavior Therapy : Appraisal and Status. New York : McGraw-Hill.
- Kazdin, A.E. en Wilcoxon, L.A. (1976) : Systematic desensitisation and non-specific treatment effects : A methodological evaluation. Psychological Bulletin, 83, 729-758.
- Keefe, F.J. Kopal, S.A. en Gordon, S.B. (1978) : A Practical Guide to Behavioral Assessment. New York : Springer.
- Kuhn, T.S. (1962) : The Structure of Scientific Revolution. Chicago : University of Chicago Press.
- Kwee, M.G.T. (1977) Ontspanning en Angstbeheersing. Delft : Het Sint Joris Gasthuis - Afdeling Gedragspsychotherapie (cassette).
- Kwee, M.G.T. (1978) Rationele Gedragstherapie (RGT). Tijdschrift voor Psychotherapie, 4, 164-174.
- Kwee, M.G.T. (1979) : Over de ontwikkeling van een multimodale strategie van assessment en therapie. Tijdschrift voor Psychotherapie, 5, 172-188.
- Kwee, M.G.T. (1981) : Psychotechnologie als ambacht. Kwartaaltijdschrift voor Directieve Therapie en Hypnose, 1, 300-316.
- Kwee, M.G.T. (1982) : Rationeel-emotieve therapie in praktijk. In : H.M. van der Ploeg (Red.) : Psychotherapie. Alphen a/d Rijn : Stafleu.
- Kwee, M.G.T. en Jacobs, C.C.A.M. (1981) : Nieuwe ontwikkelingen in multimodale gedragstherapie. De Psycholoog, 16, 353-360.
- Kwee, M.G.T. en De Waal, W.J. (1975) : Multimodale gedragstherapie toegepast bij een chronische agorafobie : Verslag van een intensieve behandeling. Tijdschrift voor Psychotherapie, 1, 221-229.
- Lang, P.J. (1971) : The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behaviour modification. In : A.E. Bergin en S.L. Garfield (Eds.) : Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York : Wiley.
- Lang, P.J., Melamed, B.G. en Hart, J. (1970) : A psychophysiological analysis of fear modification using an automated desensitisation procedure. Journal of Abnormal Psychology, 76, 220-234.
- Lange, A.J. en Jacobowski, P. (1976) : Responsible Assertive Behavior Champaign, Ill. : Research Press.
- Lazarus, A.A. (1958) : New methods in psychotherapy : A case study. South African Medical Journal, 33, 660-663.
- Lazarus, A.A. (1961) : Group therapy of phobic disorders by systematic desensitisation. Journal of Abnormal and Social Psychology, 63, 505-510.
- Lazarus, A.A. (1963) : The results of behavior therapy in 126 cases of severe neurosis. Behaviour Research and Therapy, 1, 69-79.
- Lazarus, A.A. (1965) : A preliminary report on the use of directed muscular activity in counter conditioning. Behaviour Research and Therapy, 2, 301-303.
- Lazarus, A.A. (1967) : In support of technical eclecticism. Psychological Reports, 21, 415-416.
- Lazarus, A.A. (1971a) : Behavior Therapy and Beyond. New York : McGraw-Hill.

- Lazarus, A.A. (1971b) : Reflections on behavior therapy and its development : A point of view. *Behavior Therapy*, 2, 369-374.
- Lazarus, A.A. (1972) : Multimodal Behavior Therapy. Fort Lee; N.J. : Sigma (tapes).
- Lazarus, A.A. (1975a) : Group therapy and the BASIC-I.D. In : C.M. Franks en G.T. Wilson (Eds.) : *Annual Review of Behavior Therapy : Theory and Practice* (Vol. III). New York : Brunnel/Mazel.
- Lazarus, A.A. (1976) : *Multimodal Behavior Therapy*. New York : Springer.
- Lazarus, A.A. (1978a) *In the Mind s Eye*. New York : Rawson.
- Lazarus, A.A. (1978b) : Science and beyond. *The Counseling Psychologist*, 7, 24-25.
- Lazarus, A.A. (1978c) : Styles not systems. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 15, 359-361.
- Lazarus, A.A. (1981) : *The Practice of Multimodal Therapy*. New York : McGraw Hill.
- Leitenberg, H. (1976) : *Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Lieberman, R.P en Roberts, J (1976) : Contingency management of neurotic depression and marital disharmony. In : H.J. Eysenck (Ed) : *Case Studies in Behaviour Therapy*. London : Routledge.
- Lieberman, R.P., Wheeler, E.G., De Visser. L.A.J.M., Kuehnelt, J. en Kuehnelt, T. (1980). *Handbook of Marital Therapy : A Positive Approach to Helping Troubled Relationships*. New York : Plenum Press.
- London, P (1972) : The end of ideology in behavior modification. *American Psychologist*, 27,913-920.
- Mahoney, M.J. (1974) : *Cognition and Behavior Modification*. Cambridge, Mass. : Ballinger.
- Mahoney, M.J. : Reflections on the cognitive- learning trend in psychotherapy. *American Psychologist*, 32, 5-13.
- Mahoney, M.J. en Thoresen, C.E. (1974) (Eds.) : *Self-Control : Power to the Person*. Monterey, Calif. : Brooks/Cole.
- Marks, I. (1978) Behavioral psychotherapy of adult neurosis. In : S.L. Garfield en A.E. Bergin (Eds.) : *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (2nd ed.). New York : Wiley.
- Mash, E.J. en Terdal, L G. (1976) (Eds.) : *Behavior Therapy Assessment : Diagnosis, Design and Evaluation*. New York : Springer.
- Maultsby, M.C. (1978) : *A Million Dollars for your Hangover*. Lexington, Kentucky : Rational Self Helping Books.
- Meichenbaum, D. (1977) : *Cognitive- Behavior Modification : An Integrative Approach*. New York : Plenum Press.
- Meyer, P. en Turkat, I.D. (1979) : Behavioral analysis of clinical cases. *Journal of Behavioral Assessment*, 1, 259-270.
- De Moor, W. (1978) : *De Psychotherapeutische Interventie : De Behandelingsstrategische Fase*. Deventer : Van Loghum Slaterus.
- Munjack, D.J. en Oziel, R.J. (1978) : Resistance in the behavioral treatment of sexual dysfunctions. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 4, 122-138.
- Nelson, R.O. (1977) : Assessment and therapeutic function of

- self-monitoring In : M. Hersen, R.M. Eisler en P.M. Miller (Eds.) : Progress in Behavior Modification (Vol. I). New York : Academic Press.
- Novaco, R.W. (1977) : Stress inoculation : A cognitive therapy for anger and its application in a case of depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 600-603.
- Rachlin, H. (1976) : Behavior and Learning. San Francisco : W.H. Freeman en Cy.
- Rachman, S.J. (1978) : Perceived self-efficacy : Analyses of Bandura's theory of behavioral change. Advances in Behavior Research and Therapy, 1, 139-269.
- Rachman, S.J. en Hodgson, R. (1980) : Obsessions and Compulsions. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Ramsay, R.W. (1973) : A conversation hour with Arnold Lazarus. De Psycholoog, 8, 326-328.
- Rimm D.C. en Masters, J.C. (1979) : Behavior Therapy : Techniques and Empirical Findings (2nd ed.). New York : Academic Press.
- Shapiro, A.K. en Morris, L.A. (1978) : Placebo effects in medical and psychological therapies. In : S.L. Garfield en A.E. Bergin (Eds.) : Psychotherapy and Behavior Change : An Empirical Analysis (2nd ed.). New York : Wiley.
- Skinner, B.F. (1971) : Beyond Freedom and Dignity. New York : A.A. Knopf.
- Sloane, R.B., Staples, E.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J. en Whipple, K. (1975) : Psychotherapy versus Behavior Therapy. Cambridge, Mass. : Harvard University Press.
- Stampfl, T.G. en Levis, D.J. (1967) : Essentials of implosive therapy : A learning theory-based psychodynamic behavioral therapy. Journal of Abnormal Psychology, 72, 496-503.
- Stern, R. (1978) : Behavioral Techniques : A Therapist's Manual. New York : Academic Press.
- Stern, R.S. en Marks, I.M. (1973) : Brief and prolonged flooding : A comparison in agoraphobic patients. Archives of General Psychiatry, 28, 270-276.
- Stuart, R.B. (1977) : Behavioral Self-Management : Strategies, Techniques and Outcomes. New York : Brunner/Mazel.
- Stuart, R.B. (1980) : Helping Couples Change : A Social Learning Approach to Marital Therapy. New York : The Guilford Press.
- Suinn, R.M. en Richardson, F. (1971) : Anxiety management training : A non-specific behavior therapy program for anxiety control. Behavior Therapy, 2, 498-510.
- Thoresen, C.E. en Coates, T.G. (1978) : What does it mean to be a behaviour therapists ?. The Counseling Psychologist, 7, 3-21.
- Upper, D. en Cautela, J.H. (1979) (Eds.) : Covert Conditioning New York : Pergamon Press.
- Upper, D. en Ross, S.M. (1979) : Behavioral group therapy : I. Emotional avoidance and social skills problems of adults. In : M. Hersen, R.M. Eisler, P.M. Miller (eds.) : Progress in Behavior Modification (Vol. V.). New York : Academic Press.
- Valins, S. en Nisbett, R.E. (1976) : Attribution Processes in the

- Development and Treatment of Emotional Disorders. Morristown, N.J. General Learning Press.
- Van der Velden, K., Van Dijk, R., Van der Hart, O., Hoogduin, C., Joele, L., Lange en A., Oudshoorn, D. (1977) (Red.) : Direktieve Therapie I. Deventer : Van Loghum Slaterus.
- Van der Velden, K., Van Dijk, R., Van der Hart, O., Hoogduin, C., Joele, L., Lange en A., Oudshoorn, D. (1977) (Red.) : Direktieve Therapie II. Deventer : Van Loghum Slaterus.
- Wachtel, P L. (1977) : Psychoanalysis and Behavior Therapy : Towards an Integration. New York : Basic Books.
- Weitzenhoffer, A.M. (1957) : General Techniques of Hypnotism. New York : Grune en Stratton.
- Wilson, G T. (1980) : Toward specifying the "Non-Specific" factors in behavior therapy : A social learning analysis. In : M J. Mahoney (Eds.) : Psychotherapy Process. New York : Plenum Press.
- Wilson, G.T. en Evans, I.M. (1976) : Adult behavior therapy and the therapist-client relationship. In : C.M. Franks en G.T. Wilson (Eds.) : Annual Review of Behavior Therapy (Vol. IV.). New York : Brunner/Mazel.
- Wilson, G T. en Evans, I.M. (1977) : The therapist-client relationship in behavior therapy. In : A.S. Gurman en A.M. Razin (Eds.) : The Therapist's Contribution to Effective Psychotherapy : An Empirical Approach. New York : Pergamon Press.
- Wilson, G T. en O'Leary, K D. (1980) : Principles of Behavior Therapy. Englewood Cliffs, N J. : Prentice-Hall.
- Wolpe, J. (1958) : Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. Stanford : Stanford University Press.
- Woolfolk, A.E., Woolfolk, R.L. en Wilson, G T. (1977) : A rose by another name.... : Labeling bias and attitudes toward behavior modification. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 184-191.

HOOFDSTUK 3. METHODE VAN ONDERZOEK ; LITERATUUR EN ONTWERP

3.1. Doelstelling

Doel van onderzoek is : (a) Het beschrijven van effecten van klinische multimodale gedragstherapie bij chronisch fobische en dwangneurotische klienten en (b) Het opsporen van voorspellervariabelen ten aanzien van de gevonden resultaten. Dit opdat inzicht kan worden verkregen ten aanzien van de werkzaamheid van de methode en een profiel kan worden geschetst van klienten die geschikt dan wel ongeschikt zijn voor de bedoelde gedragstherapie.

In dit hoofdstuk is een "plan de campagne" geschetst, gespecificeerd naar vraagstelling, onderzoekspopulatie, meetinstrumenten en opzet van onderzoek. Na de vraagstelling volgt een exploratie van de literatuur over effect van gedragstherapie bij neurotische klachten en voorspelbaarheid van de resultaten.

3.2. Vraagstelling

Onderzoek over de effectiviteit van psychotherapie van de laatste decennia laten zich indelen naar de volgende drie vraagstellingen : (a) "Is psychotherapie effectief ? ", (b) "Welk systeem is het meest effectief ?" en (c) "Aan welke processen kunnen effecten worden toegeschreven ?" (Gottman en Markman 1978). De cruciale vraag is door Paul (1967) als volgt geformuleerd :

"What treatment, by whom, is most effective for this individual with that specific problem and under which set of circumstances ?" (p. 111).

Beantwoording van laatstgenoemde vraag hangt samen met 3 parameters : De klient, de therapeut en de tijd. Variabelen die bij de klient spelen zijn : (a) Klacht- en probleemgedrag (BASIC-I.D.) (bijv. aantal, aard); (b) Persoonsvariabelen (bijv. leeftijd, intelligentie); (c) Fysisch-sociale levensomgeving (bijv. familie, werksituatie). Dan zijn er variabelen in de therapeut : (a) Therapeutische techniek (bijv. veranderingen ervan in de tijd); (b) Persoonsvariabelen (bijv. ervaring, attitudes); (c) Fysisch-sociale behandelingsomgeving (bijv. setting, betaling). Tenslotte zijn er tijdsvariabelen : (a) Initieel contact; (b) Voorbehandelingsfase; (c) Begin behandeling; (d) Middenfase; (e) Eindfase; (f) Nabehandeling; (g) Follow-up. Deze fasen kunnen variëren binnen de behandelingsperiode, tussen initieel contact en het begin, tussen eindfase en follow-up, enz. Volgt men de klient in de verschillende fasen van de behandeling, dan is het volgens Kiesler (1971) van belang de kenmerken na te gaan van klienten die geselecteerd resp. afgewezen worden, die in behandeling blijven resp. voortijdig staken en

die de behandeling succesvol resp. niet succesvol afsluiten.

De vraagstelling van dit onderzoek luidt in het licht van het voorgaande als volgt :

Wat is het effect van multimodale gedragstherapie bij chronisch fobische en dwangneurotische klienten en welke factoren hebben voorspellende waarde ten aanzien van het succes van de behandeling ?.

De vraag over behandelingseffecten laat zich als volgt operationaliseren:

- (a) Op welke factoren heeft de behandeling effect gehad ?
- (b) Voor zover effect is opgetreden in welke richting en in welke mate vindt dit plaats ?

Ten aanzien van de factoren bestaat op de eerste plaats de behoefte te weten wat het behandelingseffect is op de primaire aanmeldingsklachten dwang en fobie. De reden hiervan is evident, daar een gunstige verandering in dwangklachten bij dwangklienten, resp. fobische klachten bij fobieklienten inhoudt dat de therapeutische hoofddoelstelling is bereikt. Verder is er behoefte te weten wat het effect van de behandeling is op algemene klachten van neurotische aard (psychisch onwelbevinden). Een indicatie kan worden verkregen of er effect is op meer en andere klachten dan de primaire klachten alleen.

In multimodale therapie wordt gewerkt op vele fronten (BASIC-I.D.) in der veronderstelling dat veranderingen in deze verschillende functies en gedragingen ook bijdragen tot veranderingen van "symptomen" of van storend gedrag. Het is dus van belang ook onderzoek te verrichten naar de lotgevallen van een aantal van deze functies tijdens de behandeling. Temeer omdat therapeutische strategieën gericht waren op verandering ervan. Niet alleen kan dan een indruk worden verkregen over de effecten van deze strategieën, maar bovendien ontstaat mogelijk inzicht over het verband tussen veranderingen op een deel terrein (bijv. sociale vaardigheden) en het effect ten aanzien van het criterium. Van deze aspecten zijn uitgekozen de dimensies : rationeel denken, emotionele "arousal" en assertief handelen. Een indruk kan worden verkregen van het effect voor resp. : de rationele training, relaxatie training en assertiviteits training in verband met de afname van klachten.

Daarnaast is het van belang een indruk te krijgen over de "gezonde" levensgebieden van de klient. Immers afwezigheid van klachten betekent nog niet dat de persoon is gekomen tot sociaal-adaptief functioneren of "zelfaktualisatie".

Tenslotte is het van belang na te gaan of het behandelingseffect zich ook uitstrekt tot verandering van persoonlijkheidskenmerken. Indien aspecten van de persoonlijkheid als gevolg van de therapie veranderen, dan kan van een grondige of "strukturele" verandering van de klient worden gesproken. Samengevat komen de genoemde factoren op het volgende neer :

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| 1. Dwangklachten | 5. Rationeel denken |
| 2. Fobische klachten | 6. Emotionele "arousal" |
| 3. Algemene klachten | 7. Assertief handelen |
| 4. Adaptief functioneren | 8. Persoonlijke kenmerken |

De vraag betreffende voorspellende factoren wordt als volgt geoperationaliseerd :

Met behulp van welke biografische, demografische, diagnostische en psychologische factoren kan het effect van de behandeling worden voorspeld ?

Wat betreft de biografische en demografische factoren lijken de volgende factoren voorspellende waarde te hebben :

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 1. Geslacht | 5. Beroepsnivo |
| 2. Leeftijd | 6. Voorgaande behandeling |
| 3. Burgerlijke staat | 7. Duur van de hoofdklacht |
| 4. Opleiding | 8. Geloofsovertuiging |

Wat betreft de diagnostische en psychologische factoren lijken, naast de hierboven vermelde factoren die relevant worden geacht voor het meten van het therapie effect, de volgende factoren voorspellend vermogen te hebben :

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Psychiatrische diagnose | 5. Speciale symptomen/syndromen |
| 2. Persoonlijkheidsfactoren | 6. Seksuele stoornissen |
| 3. Intelligentie | 7. Addictie |
| 4. Funktioneel-somatische klachten | 8. Aard probleemgebied |

3.2.1. Effect van gedragstherapie, literatuur*

In 1952 publiceerde Eysenck een opzienbarende studie over het effect van psychotherapie, waarin hij beweerde dat 44 % van de psychoanalytisch behandelde, 51 % van de eclecticisch behandelde en 72 % van de residentieel of ambulant-medisch (maar niet psychotherapeutisch) behandelde klanten verbeteren. Deze resultaten waarmee vele controversen werden opgeroepen zijn gebaseerd op 8053 psychotherapeutisch behandelde neurotici uit 24 onderzoeken en op 319 niet- psychotherapeutisch behandelde neurotici, eveneens afkomstig uit verschillende onderzoeken. Latere onderzoeken

* Onder effect ("outcome") wordt verstaan het resultaat van leren in brede zin; een verandering in het gedrag van een organisme of in het gedragspotentieel ervan als resultaat van ervaring of deelname aan sommige gebeurtenissen (English en English 1958).

geven aan dat volgens Eysenck (1965) en Rachman (1971) 2 op de 3 klanten verbeteren, of ze nu werden behandeld of niet. Dit "spontaan herstel" zou met name gelden bij de traditionele vormen van psychotherapie terwijl gedragstherapie duidelijk effectiever zou zijn gebleken (Eysenck en Beech 1971)*. Heranalyse van Eysencks gegevens benevens 14 latere onderzoeken (Bergin 1971) bracht evenwel aan het licht dat de spontane verbetering gemiddeld 30 % bedraagt. Een overzicht van 48 onderzoeken in de jaren 1953-1969 (Bergin en Lambert 1978), geeft aan dat psychotherapie over het algemeen een gering positief effect heeft en dat ervaren therapeuten betere resultaten boeken. Meltzoff en Kornreich (1970) komen in hun overzicht van 101 "gecontroleerde" onderzoeken van verschillende therapievormen (waarbij de populatie klanten niet beperkt is tot neurotici) tot de konklusie dat 80 % van de klanten baat hebben gehad. Zij konkluderen :

"Far more often than not, psychotherapy of a wide variety of types and with a broad range of disorders has been demonstrated under controlled conditions to be accompanied by positive changes in adjustment that significantly exceed those that can be accounted for by the passage of time alone" (p. 175).

Garfield (1980) is op grond van de bevindingen van deze overzichtsstudies de mening toegedaan dat een klein aantal klanten aanzienlijk verbetert, een groot aantal redelijk verbetert en eveneens een klein aantal nauwelijks of geen baat van de behandeling heeft of zelfs verslechtert.

De effectiviteit van gedragstherapie toegepast bij klanten met neurosen en persoonlijkheidsstoornissen is door Kazdin en Wilson (1978) samengevat. Er zijn 14 gecontroleerde prospectieve onderzoeken bekend, waarvan 2 residentiele behandelingen betreffen. De kwaliteit van voornoemde onderzoeken varieert in hoge mate. Genoemd moet worden wegens de opzet het onderzoek van Sloane, Staples, Cristol, Yorkston en Whipple (1975), waarin 6 ervaren therapeuten (o.a. A. Lazarus, M. Serber, en J. Wolpe) en van een groot aantal gemotiveerde klanten (n=92) gebruik gemaakt werd. Het ontwerp bevat een controle groep waarin klanten niet werden behandeld, zowel als een follow-up welke verricht werd na een jaar. Het is een onderzoek dat naar het oordeel van Bergin en Suinn (1975) van zeer hoog gehalte is. Het resultaat geeft een algehele verbetering van 93 % in de gedragstherapiegroep te zien, terwijl van de psychodynamische psychotherapie- en wachtlijst- controlegroepen 77 % verbeterden. Bestudering van de andere onderzoeken leert dat ze alle methodologisch zwak zijn (Lazarus 1961, 1966; Gelder en Marks 1966; Marks 1971; Gelder, Marks, Wolff en Clarke 1967; Patterson, Levene en Breger 1971; Argyle, Bryant en Trower 1974; Gillan en Rachman 1974; Doormaar en Dijkstra 1975; Zitrin, Klein en Woerner 1975; Rush, Beck, Kovacs en

* Rachman (1973) heeft gepoogd aan te tonen dat spontaan herstel afhankelijk is van de aard van neurotische stoornissen. Hij vond dat klanten met angst- en depressieve neurosen eerder spontaan verbeteren dan klanten met hysterische-, fobische-, hypochondrische- en dwangneurosen.

Hollon 1977; Liberman, Levine, Wheeler, Sanders en Wallace 1976).

De ene studie die de klinische behandeling van neurotische klanten betreft (Boudewijns en Wilson 1972), is te bekritisieren op grond van het feit dat de gedragstherapeutisch behandelde klanten al ontslagen waren voordat de klanten, die op de "gewone" wijze (niet met gedragstherapie) werden behandeld, werden opgenomen. In de andere klinische studie (Townsend, House en Addario 1975) heeft men nagelaten follow-up metingen te verrichten (cf. Rachman en Wilson 1980).

Volgens Wolpe (1977) kampen alle effect-onderzoeken met het ontbreken van een adequate gedragsanalyse. Dit leidt ertoe dat een bepaalde procedure wordt toegepast zonder dat de diverse mogelijke "etiologieën" van de klachten, die elk een specifieke aanpak vergen, nagegaan worden. Niettemin is te konkluderen dat gedragstherapie bij neurotische stoornissen effectief is, een opvatting die ook bij de critici steun vindt (Strupp 1976) :.

"(behavior therapy is)...at least as effective and possibly more so than psychotherapy with the sort of moderately severe neuroses and personality disorders that are typical of clinical populations... Behavior therapy is clearly a generally useful treatment" (Sloane et al. 1975, p. 224).

Terwijl uit een enquête onder 353 gedragstherapeuten naar voren komt dat bij benadering 70 % van de behandelingen succes had (Swan en MacDonald 1978), blijken uit Sloane et al.'s (1975) resultaten dat 93 % kon bogen op een succesvolle behandeling. Wolpe (1958) kwam dicht in de buurt van Sloane et al.'s percentage, nl. 90 %.

Ook eventuele negatieve gevolgen van de behandeling is in de afgelopen jaren in de belangstelling gekomen. Bergin (1971) geeft aan dat het percentage van de klanten die dergelijke gevolgen hebben ondervonden, in het algemeen zou liggen tussen 5 en 10 (Strupp, Hadley en Gomes-Schwartz 1977).

3.2.2. Voorspelbaarheid van resultaten, literatuur

Over factoren die een predicerend vermogen ten aanzien van het effect van psychotherapie hebben, is veel gepubliceerd (Meltzoff en Kornreich 1970). Niettemin is er over dit onderwerp in het algemeen weinig bekend.

Betreffende demografische variabelen (Garfield 1978) is gebleken dat, voorzover het klanten zijn die de therapie tot het einde volgen, er geen duidelijke relatie bestaat tussen sociale klasse en psychotherapie-resultaten. "Drop outs" blijken nauwelijks meer in lagere sociale klassen voor te komen (Frank, Gliedman, Imber, Nash en Stone 1957). Opleiding lijkt een positief verband te hebben met het effect van de therapie. Geslacht en leeftijd blijken evenmin gerelateerd te zijn aan het effect. Aanwijzingen zijn gevonden dat naar verhouding meer vrouwen in therapie gaan en ook dat meer vrouwen vooruitgaan dan mannen (met een mogelijke uitzondering voor gedragstherapie). Dit zou kunnen komen doordat ze meer

beantwoorden aan de kenmerken van de "goede" klient, zoals psychologie "minded". Ook is gevonden dat oudere klienten minder flexibel zijn en dat zij over een geringere bevattings- en uithoudingsvermogen zouden beschikken dan jongere klienten. Dit verklaart dat zij minder verbeteren (Bergin en Suinn 1975).

Betreffende psychologische factoren is gebleken dat angstige en depressieve klienten meer verbeteren dan klienten met functioneel-somatische klachten. Aanwezigheid van sterke affekten (angst) wordt als een belangrijke faktor beschouwd, met name in geval van situationele angst is de voorspelling gunstig. Ook gunstig voor het effect lijkt het te zijn wanneer de klient zich ook zonder therapie in het leven kan handhaven (Garfield 1980). Intellectuele capaciteiten blijken niet een noodzakelijke konditie te zijn voor een positieve uitkomst, hetgeen echter niet wegneemt dat een hoog IQ voor bepaalde procedures (waar cognitief leren benadrukt wordt) belangrijker is dan voor andere.

Onderzoeken naar persoonlijkheidskenmerken als voorspellende factoren hebben tot nog toe weinig sprekende resultaten opgeleverd. Ondanks het evident belang is weinig bekend over de relevantie van persoonlijkheidsfactoren (Garfield 1978, 1980).

Of dit alles ook geldt voor gedragstherapie waar een gestructureerd leerprogramma doorgaans van toepassing is, dient evenwel te worden nagegaan. Tot dusverre hebben de onderzoeken van Morgenstern, Pearce en Reese (1964), Matthews (1974), Nias (1975), Marks (1975) en Shepard en Durham (1977) weinig opgeleverd. Meltzoff en Kornreich's (1970) konklusie blijkt nog niet aan geldigheid te hebben ingeboet :

"The matter of who will profit from psychotherapy is undoubtedly complexly determined and examination of any single patient variable in its relationship to outcome is apt to account for only a small portion of the variance" (p. 229).

3.3. De onderzoekspopulatie

De onderzoeksgroep bestaat uit volwassen fobische en dwangneurotische klienten, die doorgaans voorheen ambulant en soms ook klinisch, echter zonder sukses in behandeling zijn geweest. Omdat de klienten in dit onderzoek fobisch, resp. dwangneurotisch zijn, volgt een overzicht van de belangrijkste kenmerken van deze klientenpopulatie.

3.3.1. Dwangneurose

Klinisch-psychiatrische definities van o.a. Freedman, Kaplan en Sadock (1976) omschrijven dwang als volgt : (a) dwang wordt ervaren als iets dat moet plaats vinden, (b) dwang wordt als iets onzinnigs ervaren, (c) dwang wordt als iets onaangenaams ervaren en (d) de klient voelt een verzet tegen dwang. Op grond van empirische evidentie bestaat er enige twijfel

ten aanzien van het tweede en vierde criterium. Uit onderzoek bleek dat 18 van de 34 klienten (Rachman en Hodgson 1980) en 13 van de 25 klienten (Haayman en Haayman- van Breukelen 1979) hun dwang als zinvol ervaren. Degenen die hun dwang als onzinnig beschouwden moeten vooral gezocht worden onder klienten die reeds lang onder hun dwang gebukt gaan. Stern en Cobb (1978) vonden dat van de 45 klienten 32 % een hoog nivo van verzet tegen het uitvoeren van rituelen rapporteert. In navolging van Haayman en Haayman- van Breukelen (1979) wordt dwang hier gedefinieerd als :

"Een met grote aandachtsconcentratie uitgevoerde repetitieve respons (handeling of gedachte), die inhoudelijk vrijwel steeds gericht is op ordening en herstel. Deze handeling of gedachte is beladen met een zeer sterk gevoel de handeling of de gedachte te moeten uitvoeren. Dit moeten komt uit de persoon zelf. Maar tegelijk met dit gevoel van moeten is er een tegenkracht in de persoon welke zich verzet. Het spanningsveld tussen moeten en niet willen wordt als zeer onaangenaam ervaren. Het uitvoeren van dwang leidt (tenslotte) tot een vermindering van onlust. Onderbreking van de dwang door externe invloeden of anticipatie daarop, leidt tot sterke gevoelens van onlust, meestal heftige angst, soms ook woede, deze emoties kunnen gepaard gaan met verbale of motorische agressie, motorische onrust en vegetatieve verschijnselen" (p. C.6-4).

3.3.2. Ontstaansgeschiedenis

Dwangneurose komt voor bij 0.5 % van de bevolking en bij 0.1 % tot 4.6 % van de psychiatrische populatie. Algemeen neemt men aan dat het begin van de klachten zich manifesteert tussen 15 en 30 jaar. Gemiddeld 7.5 jaar na aanvang zoeken dwangneurotici psychiatrische hulp. Ongeveer de helft komt 2 jaar nadat de klachten begonnen zijn. Een enkele keer komt 10 jaar voor. Opnames vinden in het algemeen plaats na het 30e levensjaar (Pollitt 1957, Black 1974, Rachman en Hodgson 1980). Een studie van Da Silva, Rachman en Seligman (1977) wees uit dat hoe vroeger dwang aanvangt, des te ernstiger deze is. Het begin van dwang kan zowel acuut als geleidelijk zijn (Rachman en Hodgson 1980).

Grimshaw (1965) bestudeerde 1-14 jaar na de behandeling klienten die poliklinisch behandeld werden. Hij vond dat ca. 40 % van de gevallen verbeterd was. In een retrospectieve follow-up studie van gemiddeld 30 jaar na begin van de klachten en gemiddeld 17 jaar na de eerste opname vond Kringlen (1970) dat van 91 dwangneurotici 31 % onveranderd bleef, 27 % geleidelijk verbeterde na enige jaren onveranderd gebleven te zijn, 6 % een blijvende vooruitgang vertoonde, 28 % een wisselend verloop had en 8 % achteruitging. Black (1974) stelt dat de volgende factoren prognostisch gunstig zijn : een betrekkelijk "normale" persoonlijkheid, een episodisch verloop, 1 of meer duidelijke precipiterende factoren, een additionele atypische symptomatologie (met name fobische angst en depressie), en een relatief korte bestaansduur bij aanmelding. Een ongunstige prognose hebben klienten met een anankastische premorbide

persoonlijkheid, een ernstig (en langdurig) klinisch beeld en een dwangsympptologie in de jeugd (Beech en Vaughan 1978). Dowson (1977) en Rachman en Hodgson (1980) vonden dat meer vrouwen te kampen hebben met schoonmaak rituelen (86 %), terwijl 55 % van de "kontroleerders" uit mannen bestaat.

3.3.3. Dwangkategorieën

In de angelsaksische literatuur maakt men expliciet het onderscheid tussen dwangvoorstellingen of dwanggedachten (obsessions) en dwanghandelingen (compulsions). Als noodzakelijke en voldoende voorwaarden voor dwanggedachten beschouwen Rachman en Hodgson (1980) "intrusiveness, internal attribution, unwantedness and difficulty to control" en voor dwanghandelingen "the combination of a sense of pressure and an internal source" (p. 21). Dwanggedachten en dwanghandelingen komen doorgaans tezamen voor. Uit onderzoek bij 150 klinisch behandelde dwangneurotici door Wilner, Reich, Robins, Fishman en Van Doren (1976) bleek dat 69 % zowel dwanggedachten als dwanghandelingen hadden.

In een onderzoek onder 44 klienten onderscheidt Akhtar, Wig, Varma, Pershad en Varma (1975) dwang inhoudelijk naar 6 categorieën : (a) vuil en besmetting, (b) agressie, (c) levenloze zaken, (d) religie, (e) seksualiteit en (f) restcategorie. Vergelijkbaar zijn de resultaten van Gittelson (1966), Videbech (1975), Stern en Cobb (1978), Kendall en DiScipio (1970) en Rachman en Hodgson (1980).

In de praktijk zijn de op klinische beschrijvingen gebaseerde indelingen van Foa en Steketee (1979) en Haayman en Haayman- van Breukelen (1979) meer bruikbaar. De laatste onderscheiden twijfeldwang, aangezet door stimulus situaties in de vorm van keuzesituaties, van fobische dwang, aangezet door stimulus situaties in de vorm van mensen, dieren of dingen die bij aanraking of benadering sterke angsten oproepen. Beide vormen komen niet zelden binnen een persoon voor, waarvan een echter altijd overheersend zou zijn.

3.3.4. Twijfeldwang

De twijfel die in keuzesituaties bij dwangklienten wordt opgeroepen is niet principieel anders dan de twijfel bij mensen zonder dwang, maar geeft bij eerstgenoemden aanleiding tot ernstige ontregeling. Alledaagse handelingen die men kan uitvoeren of nalaten, kunnen bij hen reeds twijfel oproepen : "Is de deur open of dicht ?". Dwangklienten hebben een gering diskriminerend vermogen, zij geloven hun oordeel niet, wat nog eens door spanning en angst wordt opgevoerd. Op deze twijfelzucht kan op 3 manieren worden gereageerd :

- (a) Rumineren : De persoon weegt minutieus voor en tegen eindeloos tegen elkaar af, zonder tot een keuze te komen. Door in een toestand

van twijfel de mogelijkheden te blijven overwegen, wordt een keuze vermeden.

(b) Doen en ongedaan maken : De persoon doet wel een keuze maar komt daar direct op terug om vervolgens weer een keuze te maken. Dit kan enkele tientallen malen worden herhaald (bijv. het openen en sluiten van deuren) en gaat met het uiten van formules of spreken of tellen gepaard. Door de keuze te herhalen en het even te laten bestaan, lijkt de twijfel af te nemen om de consequenties van de keuze te worden afgetast.

(c) Kontroleren : Nadat de klient een keuze gemaakt heeft, controleert hij herhaaldelijk door het voorwerp zeer gekoncentreerd te betasten of door er ingespannen naar te kijken, waarbij ook vaak wordt geteld.

Het leven van de persoon met twijfeldwang wordt gekenmerkt door het vermijden van keuzesituaties en kan zich in het hele gedragsrepertoire van de klient voordoen. De vrees is om verantwoordelijkheid te hebben en daarom worden de dagelijkse activiteiten tot in de kleinste details gepland, niets wordt aan het toeval overgelaten. Alles overheersend kan de regie van de dwang op de gezinsleden zijn, die vaak fungeren als helpers van de klient. Verzet wordt gevolgd door paniek en toename van dwang, hetgeen aanleiding geeft tot konflikten en uiteindelijk tot sociaal isolement. Er heerst een onvermogen assertieve of agressieve gevoelens te uiten.

3.3.5. Fobische dwang

Fobische dwang wordt opgeroepen door angst voor een specifiek object, persoon of dier, die de persoon zo veel mogelijk vermijdt. Mocht vermijding falen, dan ontstaat angst. De klient reageert met dwanggedrag om zodoende de beangstigende situatie ongedaan te maken. Er vindt stimulus generalisatie plaats, zodat ook de op de oorspronkelijke situaties gelijkende situaties angst oproepen en bijgevolg worden vermeden. Het gedrag resulteert steeds minder tot opheffing van het angstgevoel, zodat de klient komt tot exuberante en langdurige repetities, die niet meer in verhouding tot de aanleiding staan. Een bekende vorm is de combinatie van smetvrees met wasdwang, waarbij sprake is van angst voor besmetting (van anderen of zichzelf) met afscheidingsprodukten of met bacteriën. Andere vormen zijn angst om in lichamelijk contact te komen met personen die gevoelsmatig betekenis voor de klient hebben en angst voorkomend uit dwanggedachten over gevaarlijke situaties die uit de weg geruimd moeten worden. Ook bij fobische dwang kan er sprake zijn van een "tiranniseren" van gezinsleden of huisgenoten (zij moeten de angstverwekkende stimulus situaties mee vermijden) en van een onvermogen tot adequate emotionele (vooral agressieve) expressie.

Ook Foa en Steketee (1979) typeren dwang naar hun verschijningsvorm en komen tot een analoge indeling van "kondroleerders" (ca. 50 %) (twijfeldwang), "wassers" (ca. 40 %) (fobische dwang) en "herhalers", een subgroep van de kondroleerders (ca. 9 %), die gericht is op het herhalen

van getallen en activiteiten. Een klassifikatiesysteem dat etiologie en behandeling aan elkaar koppelt, ontbreekt vooralsnog*.

3.3.6. Fobische neurose

De technische term fobie, afgeleid uit het Griekse phobos dat vlucht, paniek of vrees betekent, werd voor het eerst in 1872 door Westphal gebruikt in zijn monografie over agorafobie. Deze beschrijft hij als de onmogelijkheid zich op straten of pleinen begeven. Doet men daartoe een poging, dan is een vreselijke angst het resultaat. Op grond van de literatuur definieert Marks (1969) fobie als :

"... a special form of fear ... which is 1) out of proportion to demands of the situation, 2) cannot be explained or reasoned away, 3) is beyond voluntary control and 4) leads to avoidance of the feared situation" (p.3).

3.3.7. Epidemiologie

Epidemiologisch onderzoek op een steekproef van 325 personen in Vermont in de Verenigde Staten, wijst uit dat allerlei milde vormen van fobieën gevonden worden ca. 8 %. Daarvan heeft ca. 10 % te kampen met een ernstige vorm van fobie (Agras, Sylvester en Oliveau 1969). De klachten beginnen gewoonlijk in de jonge volwassenheid tussen de 18 en 35 jaar (Marks en Gelder 1966). Het neemt ongeveer 15 maanden in beslag voordat men door de fobie gaat disfunktioneren, 17 maanden voordat men zich aanmeldt bij de huisarts en 34 maanden voordat men bij een psychiater of psycholoog terecht komt. Fobieën blijken voor te komen bij uiteenlopende persoonlijkheids typen. Ingrijpende gebeurtenissen in het leven van de klient blijken vaak vooraf te gaan aan het uitbreken van de fobie. Het is niet duidelijk of deze gebeurtenissen oorzakelijk zijn voor het ontstaan, dan wel alleen extra stresserend zijn op grond waarvan een reeds aanwezige fobie zich kan openbaren. Van de agorafobici blijken 89 % gehuwde vrouwen te zijn, 54 % is huisvrouw (Marks 1970). Fodor (1974) stelt dat agorafobie gemiddeld zich na 5 jaar huwelijk ontwikkelt bij passief afhankelijke vrouwen, die zich beklemd voelen in hun leefsituatie.

3.3.8. Ernstige fobieën

Marks (1969) onderscheidt 6 varianten van fobieën, namelijk die gerelateerd zijn aan externe stimuli : (a) dierfobie, (b) (specifieke)

* (Voor een uitgebreid literatuuroverzicht, zie Trijsburg 1981).

situationele fobie, (c) sociale (interpersoonlijke) fobie en (d) agorafobie, en die gerelateerd zijn aan interne stimuli : (e) ziektefobie en (f) obsessieve fobie. In de klinische praktijk komt agorafobie het meest voor, vervolgens ziektefobie, sociale fobie, situationele fobie en tenslotte dierfobie. Essentieel in de beleving van de fobische klient, is dat hij lijdt onder een intens aanhoudend en terugkerend angstgevoel dat tot paniek kan oplopen voor bepaalde objecten of situaties, die voor niet-fobici niet angstwekkend zijn. De fobikus kenmerkt zich door het mijden van en het vluchten uit de omstandigheden waarvan hij weet dat daarin geen reeel gevaar dreigt. Karakteristiek is het niet aksepteren van de als "naar" beleefde fysiologische begeleidingsverschijnselen van angst (zoals hartkloppingen, duizeligheid, trillen, flauwvallen e.d.). Deze verschijnselen geven aanleiding tot angstgevoelens. De persoon wordt ook daardoor inactief en vaak depressief.

3.3.9. Agorafobie*

Het agorafobisch syndroom behoeft enige uitleg. Allereerst dient men de term agorafobie niet letterlijk te nemen, daar behalve vrees voor open ruimten en openbare gelegenheden ook de vrees heerst voor besloten ruimten, alleen zijn, controleverlies e.d.. Onder meer de vrees voor drukke plaatsen, straten, winkels, liften, files of reizen per openbaar vervoer, waarbij vrij flotterende en panische angsten, depersonalisatie, depressiviteit en soms hypochondrie de begeleidende verschijnselen kunnen zijn. De fobische situaties bevatten een gemeenschappelijk thema namelijk de angst om ergens op de een of andere wijze "gevangen" of in een "val" te zitten en niet gemakkelijk terug te kunnen keren naar een "veilige" plek of naar iemand bij wie men zich veilig voelt. De meeste agorafobici geven te kennen dat ze zich zekerder voelen en sommige angstsituaties aankunnen, indien zij vergezeld worden door een vertrouwensfiguur (zogenaamde "phobic companion").

Steeds vaker wordt het belang van intra- en interpersoonlijke factoren in de ontwikkeling van agorafobie benadrukt (Lazarus 1966; Wolpe 1970; Fodor 1974; Goldstein en Chambless 1978, Emmelkamp 1979; Chambless en Goldstein 1980). Zo konstateerde Goldstein (1973) dat agorafobie zich doorgaans voordoet bij vrouwen die een sterke behoefte voelen de huwelijksrelatie te ontvluchten. Zij voelen zich gevangen in die zin dat de alternatieven onbevredigend zijn of dat zij om een andere reden niet kunnen kiezen. De klachten zijn de gevolgen van een psychologische vermijding van een onoplosbaar lijkende stresserende konfliktsituatie : vrijheid versus gebondenheid. De keuze voor vrijheid impliceert het opgeven van een veilig en geborgen huwelijks- of gezinsleven, terwijl de keuze voor gebondenheid betekent het afzien van de voordelen van een vrij leven. Fobische gevangenschap is een symbolische

* De Griekse term agora betekent letterlijk verzameling, verzamelplaats of marktplein.

representatie van de beleving dat de klient in de huidige situatie vast zit. Fodor (1974) beschouwt agorafobie bij vrouwen als het resultaat van extreme sekse-rol stereotypering van met name hulpeloos en afhankelijk gedrag. Door zich subassertief op te stellen, stijgt de kans dat de gevangenschapsbeleving, de keuzeproblematiek en uiteindelijk de agorafobische gedragswijze tot ontwikkeling komen. De agorafobische klachten worden in overeenstemming met de vrouwelijke sekse-rol van de klient bekrachtigd met als gevolg dat de klachten in stand blijven.

Goldstein en Chambless (1978) hebben eenvoudige en complexe agorafobieën geanalyseerd. Onder eenvoudige agorafobieën verstaan ze een klachtenpatroon waaraan een fysieke konditie zoals hypoglycaemie of endocriene stoornissen, ten grondslag liggen aan de paniekaanvallen. Is de fysieke aandoening eenmaal onder controle dan is eliminering van de angst voldoende. D.w.z. behandeling van intra- en interpersoonlijke konflikten is niet nodig. Dit in tegenstelling tot complexe agorafobieën. Zij komen in de klinische praktijk frekwenter voor.

Deze categorie wordt door 4 elementen gekenmerkt : (a) De agorafobische klachten beginnen vaak wanneer de klient op het punt staat een onafhankelijk bestaan te leiden, zoals bij het losmaken van de ouders of bij het overwegen van een echtscheiding (een progressieve verergering treedt veelal op bij het krijgen van een of meer kinderen) Deze "overgangs-" situaties brengen enorme konflikten met zich mee, temeer daar de persoon uit (sociale) angst zich inkompetent acht verantwoordelijkheid te dragen als gevolg waarvan een extreem afhankelijke houding wordt aangenomen; (b) Subassertiviteit is doorgaans de reden dat de klient in een onoplosbaar lijkende afhankelijke situatie met een dominerende ouder of partner is geraakt. Er spelen tegenstrijdige motieven (namelijk om weg te gaan of te blijven), een konflikt waarin de agorafobikus is "gevangen" en waar hij bij gebrek aan (probleemoplossende) vaardigheden niet zomaar uit komt. De fobische klachten lijken een symbolische vertaling van de konflikt situatie; (c) Een repressieve respons stijl is opvallend bij de klient die het verband tussen de klachten en relationele problematiek aanvankelijk niet (in)ziet. Gevoelens als boosheid of verdriet worden niet als zodanig herkend en deze worden ervaren als een diffuse opwindingstoestand die bestempeld wordt als een onverklaarbare angst. Door de mysterieuze aard is de ervaring des te angstiger en deze wordt uitgelegd als angst voor de plek of situatie waarin hij zich bevindt gedurende de angstbeleving. De persoon kan in dezelfde omstandigheid de ene keer angstiger zijn dan de andere keer; (d) Angst voor de angst of angstverschijnselen, de paniekaanval, is een centraal kenmerk van fobieën, i.c. agorafobie. Deze doet zich voor bij elke mogelijkheid dat de klient "gevangen" komt te zitten. Bij een eenvoudige vliegangst is de persoon bang voor een ongeluk, terwijl de agorafobikus het vliegen vermijdt doordat er in geval van paniek geen vluchtmogelijkheid is (cf. Chambless en Goldstein 1980).

3.3.10 "Gewichtsfobie"*

Een kleine en bijzondere categorie van klanten die voor opname op de AG in aanmerking komt, is (primaire) anorexia nervosa, welke door Crisp (1980) is omschreven als "gewichtsfobie". Deze komt overwegend voor bij adolescenten. In deze zienswijze staat de angst voor en de vermijding van het normale lichaamsgewicht centraal :

"I coined the term "adult body weight phobia" to encompass the psychopathology at the descriptive level. It emphasizes and identifies for the diagnosis (I) the primary importance of normal adult body weight (and shape and fatness) and (II) the central role of this as the source of the intense panic which also characterizes the condition ... the condition is profound phobic avoidance process, which can usefully be compared with the less primitive agoraphobic syndrome, within which only social avoidance mechanisms prevail" (pp. 78-79).

Ook de termen fagofobie en dysmorphofobie worden voor dit type fobie gebruikt. Vandereycken (1977a en b) verklaart het ontstaan aan de hand van 4 (hypothetische) vicieuze cirkels, waarin het weigeren van voedsel een centrale rol vervult, welke in stand lijkt te blijven door de angstreducerende gevolgen en de reacties van de omgeving.

De eerste cirkel is gebaseerd op de reeds genoemde vrees dik te worden en hierdoor te worden afgewezen, hetgeen samenhangt met de vrees voor rijping naar een volwassen seksualiteit (Crisp 1980). Voedselweigeren met als gevolg gewichtsverlies en vermagering leiden aanvankelijk tot angstreduktie maar bij negatieve reacties van de omgeving uiteindelijk tot angsttoename.

De tweede cirkel is gebaseerd op (normale) angst voor uithongering, een protektiesignaal bij een chronische hongertoestand als gevolg van voedselweigeren. Dit angstgevoel wordt echter miskend en opnieuw gereduceerd door verdere voedselweigeren, waarmee de cirkel rond is.

De derde en vierde cirkel hebben te maken met de reacties van de sociale omgeving op de voedselweigeren hetgeen verontrusting teweegbrengt. Enerzijds heeft de klant door niet te eten een machtig pressiemiddel om de gealarmeerde mensen, die allerlei toezeggingen doen om de klant tot eten te bewegen, te controleren en te manipuleren. En anderzijds kan het eten voor de klant aversief worden wanneer de bezorgde mensen in de omgeving zekere porties opdringen en/of strafmaatregelen uitvaardigen, wat (evenals bekrachtiging) verdere voedselweigeren tot gevolg heeft (Vandereycken 1981).

Anorexia nervosa of "gewichtsfobie" komt vooral voor bij vrouwen. De klachten manifesteren zich in het algemeen tussen 15-30 jaar. Ofschoon klinisch wordt aangenomen dat gestoorde gezinsrelaties en ouderlijke

* Gewichtsfobie is een onjuiste term, daar het niet om het gewicht als zodanig gaat maar om de verandering, i.c. de toename van gewicht.

overprotectie en controle van invloed zijn, is hierover vooralsnog onvoldoende empirische evidentie. Anorectische klienten zouden premorbied introverte, gewetensvolle, perfektionistische, "koppige" en dwangmatige kinderen zijn (Bruch 1973). Het is onvoldoende bekend welke de precipiterende factoren zijn voor een dysfunctioneren ofschoon stresserende levenservaringen een rol lijken te spelen. Van belang is het gegeven dat de aandoening meestal begint met een gewoon dieet in geval van enig overgewicht. Dit dieet wordt dan een regime dat om de een of andere reden uit de hand loopt. Ongeveer een derde van de behandelde gevallen zouden volgens Bliss en Branch (1960) een chronisch beloop hebben. De sterftekans ligt tussen 3 % en 25 %, hoe langer de follow-up des te hoger het aantal sterfgevallen is. 25-50 % Van de behandelde klienten kregen hun symptomen terug en ongeveer 38 % wordt binnen 2 jaar heropgenomen. Door de vroegere herkenning van de stoornis en verbeterde behandelings methoden zouden deze percentages gunstiger kunnen uitvallen (Bemis 1978).

3.4. De meetinstrumenten

Teneinde de vraagstelling te kunnen beantwoorden, wordt gebruik gemaakt van de vragenlijstmethode*. Er is gekeken naar instrumenten die zowel de veranderingen als gevolg van de behandeling als de voorspellende factoren met betrekking tot het effect pretenderen te kunnen vaststellen.

3.4.1. Meting van therapeutische effecten

Het eerste doel is te onderzoeken of de klinische behandeling een gunstig effect heeft op de klachten, die de reden voor de klient waren geweest om zich aan te melden. Op grond hiervan zijn dwang en fobie gekozen als criteria, waarmee vastgesteld wordt of de therapie aan haar doelstellingen heeft voldaan. Om dwangklachten te meten zal worden gebruik gemaakt van Inventarisatielijst Dagelijkse Bezigheden (IDB), een vragenlijst die pretendeert dwangklachten te meten. IDB is de enige psychometrisch onderzochte schaal in de Nederlandse taal die dwang pretendeert te meten. Als meetinstrument om fobische angst te bepalen zal worden gebruik gemaakt van Joris Vrees Inventaris (JVI). JVI is een vertaling en bewerking van verschillende Amerikaanse vrees vragenlijsten waarvan de bruikbaarheid is vastgesteld. Op klachtnivo wordt tevens onderzocht of de behandeling een gunstig effect heeft op het onwelbevinden. De Hopkins Symptoms Check List (HSCL) lijkt een betrouwbaar en valide instrument met behulp waarvan neurotische klachten van algemene aard kunnen worden gemeten. Om ook een indicatie te verkrijgen van de "gezonde" levensgebieden van de klient zal de Personal Orientation Inventory (POI), met name de schaal zelfaktualisatie (sociaal-adaptief functioneren), worden benut. Er is

* De hier besproken vragenlijsten zijn op aanvraag verkrijgbaar.

lang gezocht naar een instrument dat "gezonde" levensgebieden kan meten. Tenslotte is gekozen voor de POL, die door Bergin (1971) wordt aanbevolen als meetinstrument voor "health-oriented qualities".

De multimodale gedragstherapie is voorts gericht op het bewerkstelligen van verandering op het gebied van rationeel denken, assertiviteit en relaxatie. Derhalve zal worden gebruik gemaakt van Algemeen Menselijke Opvattingen (AMO), de enige Nederlandstalige vragenlijst waarmee de mate van (ir)rationeel denken kan worden gemeten. Om de mate van assertiviteit vast te stellen zal worden gebruik gemaakt van Rathus Assertiviteits Schaal (RAS), de aan het begin van het onderzoek enig beschikbaar instrument op dit gebied. De mate van relaxatie zal worden vastgesteld aan de hand van psychofysiologische "arousal", gemeten met behulp van de Stimulus Response Questionnaire (SRQ). SRQ wordt in Waskow en Parloff (1975) aanbevolen als instrument om "arousal" vast te kunnen stellen. Er wordt verondersteld dat veranderingen in deze modaliteiten van invloed zijn op het effect op de criteriumvariabelen. Daarom is het van belang het verloop van de therapie op genoemde dimensies in dit onderzoek na te gaan.

Ook ligt het in de bedoeling van dit onderzoek om vast te stellen of veranderingen optreden op het gebied van persoonlijkheidstrekken. Er bestaat op dat terrein een "embarras du choix" ten aanzien van wat in dat opzicht kan worden onderzocht en voor onderzoeksinstrumenten. In deze sektor heeft de Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), aanbevolen door Waskow en Parloff (1975), reeds een lange staat van dienst. Wel heeft deze het bezwaar van zijn uitvoerigheid en moeilijke hanteerbaarheid. De aanwezigheid van een verkorte Nederlandstalige versie leidde tot het besluit deze te gebruiken voor onderzoek naar veranderingen op persoonlijkheidsnivo. De Nederlandstalige verkorte versie van de MMPI als meetinstrument bevat de schalen : Negativisme, Somatisering, Verlegenheid, Extraversie en (Ernstige) Psychopathologie.

3.4.2. Beschrijving van meetinstrumenten

Hieronder volgt een samenvatting van de voornaamste kenmerken van de, in de vorige paragraaf genoemde, veranderingsmaten (zie Tabel 3.I.). Zoals uit Tabel 3.I. blijkt wordt op drie nivo's gemeten, te weten op gebied van de klachten (fobie, dwang, algemene klachten en zelfaktualisatie), op het gebied van de problemen (cognitief, emotioneel en interpersoonlijk gedrag) en op persoonlijkheidsnivo (5 "traits"). In totaal worden de klanten op 12 verschillende factoren gemeten. Zij zullen per meetinstrument hieronder kort de revue passeren.

(a) IDB is ontwikkeld door Kraaimaat en Van Dam-Baggen (1976) op grond van de "Leyton Obsessional Card Inventory" (Cooper 1970) en bestaat uit 32 items, terwijl de oorspronkelijke versie 40 items bevat. De uitspraken zijn op een 5-puntsschaal geïnventariseerd. De auteurs vonden 4 betrekkelijk onafhankelijke factoren : (1) problemen met structureren van handelingen en omgeving in volgorde, tijd en plaats, (2) herhalen en controleren van handelingen, (3) onaangename en irreele gedachten en (4)

besmetting. De gehele inventaris is te beschouwen als maat voor de faktor dwangneurotische klachten. In de NIP dokumentatie van tests en testresearch (Visser, van Vliet-Mulder, Evers en Ter Laak 1982) wordt IDB beoordeeld als voldoende betrouwbaar en valide.

Tabel 3.1. Overzicht van de variabelen en instrumenten om veranderingen vast te stellen

Inhoud	Therapievariabelen	Instrument	Itemsaantal
1. Neurotische klachten, specifiek	Fobische angst	JVI	150
2. Neurotische klachten, specifiek	Dwanggedrag	IDB	40
3. Neurotische klachten, algemeen	Psychisch Onwelbevinden	SCL	57
4. Cognitieve structuur	Rationeel Denken	AMO	15
5. Psychofysiologische reactie	Emotionele 'Arousal'	SRQ	154
6. Sociale Vaardigheid	Assertief handelen	RAS	46
7. Geestelijke Gezondheid ("State")	Zelf-aktualisatie	POI	26
8. Persoonlijkheidstrek	Negativisme	MMPI	22
9. Persoonlijkheidstrek	Somatisering	MMPI	20
10. Persoonlijkheidstrek	Verlegenheid	MMPI	15
11. Persoonlijkheidstrek	Ernstige psycho-pathologie	MMPI	13
12. Persoonlijkheidstrek	Extraversie	MMPI	13

(b) JVI is een bewerking van verschillende bestaande vreeslijsten door Kwee (1975) en bevat 150 items, een "pool" betrokken uit de bestaande vrees-inventarissen. Het instrument is een symptoomgerichte vragenlijst die de mate van angst voor verschillende situaties en objecten indexeert met behulp van een 5-puntsschaal. De vragenlijst pretendeert fobische angstklachten te meten. Kortere versies van JVI worden in eerder genoemde dokumentatie beoordeeld als goed, betrouwbaar en valide.

(c) SCL (voluit: HSCL) werd ten onzent door Luteyn, Kok, Hamel en Polesz (1979) psychometrisch onderzocht. De lijst bestaat uit 57 items over een brede scala van psychiatrische klachten, die op een 4-puntsschaal worden beantwoord. Onderzoek wees uit dat met de schaal de faktor psychisch onwelbevinden (algemene klachten) kan worden gemeten.

Betrouwbaarheid en validiteit zijn volgens de NIP dokumentatie voldoende.

(d) POI, gekonstrueerd door Shostrom (1966), is een poging de aanwezigheid van "geestelijke gezondheid" of sociaal-adaptief functioneren te bepalen. Beantwoording geschiedt op een 2-puntsschaal. In dit onderzoek wordt de schaal "zelfaktualisatie" (zelfvertrouwen, zelfakseptatie, zelfinteresse) bestaande uit 26 items, gebruikt. Terwijl de Amerikaanse literatuur de schaal als betrouwbaar en valide wordt beoordeeld, acht de NIP dokumentatie de betrouwbaarheid voldoende en de validiteit onvoldoende.

(e) AMO is een door Kratochvil (1977) ontworpen lijst die pretendeert rationeel denken, zoals voorgestaan in de rationele therapie, te meten. Deze lijst bevat 15 items in te vullen op een 7-puntsschaal (Kwee 1982). Onderzoek van Kratochvil en eigen preliminair onderzoek wijzen op voldoende betrouwbaarheid en validiteit.

(f) SRQ ("S-R-Inventory of Anxiousness") (Endler, Hunt en Rosenstein 1962) bestaat uit 11 items en 14 responsen per item. Elke respons wordt op een 5-puntsschaal ingevuld. De schaal pretendeert de faktor psychofysiologische "arousal" te meten. Oorspronkelijk Amerikaans onderzoek van Endler et al. geeft aan dat SRQ betrouwbaar en valide is. Nederlandse gegevens ontbreken.

(g) RAS is een bewerkte versie bestaande uit 46 items. Er wordt gebruik gemaakt van een 5-puntsschaal. De oorspronkelijke schaal van Rathus (1973), bestaande uit 30 items, is betrouwbaar en valide gebleken. De vragenlijst meet assertief handelen. Nederlandse data zijn niet beschikbaar.

(h) MMPI beschikt over verschillende versies. De verkorte bewerking van Luteyn en Kingma (1978) bestaat uit 83 items met ja/nee antwoord mogelijkheden. Faktor analytisch onderzoek wees uit dat er 5 schalen zijn, namelijk: negativisme(N), somatisering(S), verlegenheid(V), ernstige psychopathologie(P) en extraversie(E). Hier zullen de afkortingen MMN, MMS, MME, MMV en MMP worden gebruikt. De NIP dokumentatie acht de betrouwbaarheid voldoende en de validiteit onvoldoende.

3.4.3. Voorspellervariabelen

Het tweede deel van het onderzoek is na te gaan of biografische, demografische, diagnostische en psychologische factoren voorspellend vermogen hebben met betrekking tot het effect. De biografische, demografische en diagnostische factoren kunnen met behulp van een anamnestiche vragenlijst worden vastgesteld. Psychologische factoren kunnen door middel van tests op het gebied van persoonlijkheid of intelligentie worden bepaald. Benevens de opnamescores van de therapievariabelen kunnen de volgende instrumenten worden gebruikt: Multimodale Anamnese Psychotherapie (MAP), Amsterdamse Biografische Vragenlijst (ABV), Nederlandse Persoonlijkheds Vragenlijst (NPV) en Wechler Adult Intelligence Scale (WIS).

De keuze is op deze instrumenten gevallen, daar ze het meest voldoen om aan de vraagstelling van het onderzoek te kunnen beantwoorden, zowel

qua anamnestiche informatie (MAP) als qua psychometrische validiteit en betrouwbaarheid (ABV, NPV en WAIS). De drie laatste tests behoren tot de meest gedegen instrumenten in de praktijk van de klinisch-psychologische diagnostiek. Gegevens betreffende validiteit en betrouwbaarheid zullen hierover genoegzaam bekend zijn.

(a) MAP is een anamnestiche vragenlijst van Lazarus (1976), vertaald en bewerkt door Kwee (1981). De lijst bevat gegevens over de biografische achtergrond en gegevens over de behandeling, die de klient zelf invult. De vragen zijn ingedeeld in een aantal rubrieken : algemene informatie, klachten en problemen, ouderlijk gezin, opleiding en werk, seksuele ontwikkeling, huwelijk en gezin, motivatie, houding en verwachting, het BASIC-I.D. en een korte levensgeschiedenis over perioden van 5 jaar. De volgende klinisch-diagnostische variabelen zijn geselecteerd : psychiatrische diagnose, persoonlijkheidsdiagnose, intelligentie, speciale symptomen/syndromen, functioneel-somatische klachten, toxicomanie dan wel addictie, seksuele stoornis en lokalisatie probleemgebieden

(b) ABV bestaat uit 107 items die met ja, neen of ? beantwoord kunnen worden (Wilde 1963). Er zijn 4 schalen : N-schaal (neurotische labiliteit voorzover gemanifesteerd in de uiting van psychoneurotische klachten), NS-schaal (neurotische labiliteit voorzover gemanifesteerd in de uiting van functioneel- lichamelijke klachten), E-schaal (introversie versus extraversie) en de T-schaal (zgn. "leugenschaal").

(c) NPV bestaat uit 133 items. De antwoordcategorieën zijn : juist, ?, en onjuist. Er zijn 7 schalen c.q. persoonlijkheidsfactoren : Inadekwatie (IN), Sociale Inadekwatie (SI), Rigiditeit (RI), Verongelijkheid (VE), Zelfgenoegzaamheid (ZE), Dominantie (DO) en Zelfwaardering (ZW). Gegevens met betrekking tot de validiteit, betrouwbaarheid en normering van deze test zijn te vinden bij Luteyn, Starren en Van Dijk (1975).

(d) WAIS meet algemene intelligentie en omvat 11 subtests, waarvan er 6 "verbaal" zijn : algemene ontwikkeling, gezond verstand, cijfers nazeggen, rekenen, overeenkomsten en woordenlijst, en waarvan er 5 "performaal" zijn : plaatjes rangschikken, plaatjes aanvullen, blokpatronen, legkaarten en cijfersymbolen. De skoring is numeriek. Via leeftijdstabellen wordt een algemeen intelligentie quotient verkregen (Stinissen, Willems, Coetsier en Hulsman 1969).

3.5. Opzet van onderzoek

Om het verband tussen het toegepaste behandelingspakket en de meervoudige criteria voor het schatten van effecten vast te stellen wordt gebruik gemaakt van een zgn. quasi-experimentele opzet, die gekenmerkt wordt door het niet "at random" kunnen toewijzen van de subjecten in de verschillende kondities met als gevolg dat interne en externe validiteit wordt bedreigd.

Campbell en Stanley (1963) verstaan onder interne validiteit de mate waarin het onderzoek een alternatieve verklaring van de resultaten uitsluit, c.q. een eenduidige interpretatie toestaat. Externe validiteit is de mate waarin de resultaten van het onderzoek te generaliseren zijn

naar andere populaties, settings, operationalisaties, behandelteams enz. Er zijn negen factoren die de interne validiteit en daarmee de resultaten ten nadele kunnen beïnvloeden :

(a) Geschiedenis : gebeurtenissen die tussen 2 metingen plaats vinden, bijv. pastorale hulp; (b) Rijping : processen binnen de persoon over de tijd, zoals fysieke ontwikkeling ; (c) Test-effekt : herhalings- of bijeffecten van de eerste meting op de daaropvolgende meting(en) ; (d) Instrumentatie : veranderingen in de meetinstrumenten (kriteria) of in de onderzoeker (instructie) ; (e) Regressie : extreme scores op een voormeting tenderen in de volgende meting(en) statistisch naar het gemiddelde ; (f) Selectie : differentiele samenstelling van de onderzoeksgroepen, zodat ze niet vergelijkbaar zijn ; (g) Uitval : verlies van subjecten in de onderzoeksgroepen, waardoor interpretatie moeilijk wordt ; (h) Combinaties van f met a of b zodat de resultaten ten onrechte worden toegeschreven aan de interventie.

Interne validiteit is een sine qua non voor ondubbelzinnige interpretatie.

Externe validiteit is nimmer compleet te waarborgen en kan een functie zijn van welhaast alle kenmerken van het onderzoek, die door Campbell en Stanley (1963) in vier factoren zijn onderscheiden :

(i) Reaktiviteit of interactie effect van een meting : Een voormeting kan de reaktiebereidheid of gevoeligheid van de relevante variabelen doen toe- of afnemen, zodat de resultaten niet representatief meer zijn ; (j) Interactie-effect van selectie en onderzoeksvariabelen : Hiervan is sprake wanneer de onderzoeker onderzoeks groepen heeft gekozen die op de een of ander manier op een belangrijk aspect verschillen zodat de resultaten niet zijn te generaliseren ; (k) Reaktieve effecten van de onderzoekssituatie : Deze hebben betrekking op de invloed van het bewust zijn van de subjecten dat ze meedoen aan een onderzoek en onderwerp van studie zijn, waardoor generalisering naar niet-experimentele settings is uitgesloten en (l) "Carry-over effects": Verscheidene procedures en technieken worden toegepast waarbij de effecten van de voorgaande interventies niet uitwisbaar zijn, zodat generalisering niet zonder meer is toegestaan.

Daar het hier gaat om onderzoek in een klinische setting is het gebruik van echte experimentele designs niet mogelijk. De (in)validiteit van het hier te gebruiken "design" is in Tabel 3.II. samengevat. Zoals uit het tabel duidelijk mag zijn is er veel contaminatie en kan van een gecontroleerd onderzoek niet worden gesproken. Het is geen toetsend onderzoek met bewijzende waarde, maar een verkennend c.q. beschrijvend onderzoek waarbij aan de hand van het verloop getracht wordt het totale behandelingspakket te evalueren. Er zal derhalve alleen een globale schatting van de resultaten kunnen worden gegeven en geen eenduidige uitspraken over de wijze waarop specifieke veranderingen tot stand zijn gekomen. Ondanks genoemde methodologische beperkingen die het gevolg zijn

Tabel 3.II. Bronnen van invaliditeit van het te gebruiken "design" (Campbell & Stanley 1963)*.

<u>Interne validiteit:</u>	
a. Geschiedenis	?
b. Rijping	?
c. Test-effekt	-
d. Instrumentatie	+
e. Regressie	?
f. Selektie	+
g. Uitval	-
h. Interaktie (f met a of b)	?
<u>Externe validiteit:</u>	
i. Interaktie c en interventie	-
j. Interaktie f en interventie	+
k. Reaktieve entourage	?
l. Interferentie behandelingen	?

+ betekent dat de faktor gecontroleerd wordt, - betekent een duidelijke zwakte en ? betekent een mogelijke bron van zorg.

Tabel 3.III. Het toe te passen onderzoeks"design"

	Voor- meting	Opname- meting	Tussen- meting	Ontslag- meting	Follow-up meting
Veranderingsbatterij	ja	ja	ja	ja	ja
Prediktiebatterij	neen	ja	neen	neen	neen
Meetmomenten	O ₁	O ₂ x	O ₃ x	O ₄	O ₅
Perioden tussen de metingen*	minimaal 6 weken	minimaal 12 weken	maximaal 24 weken	minimaal 26 weken	

* Voor richtlijnen bij afwijkende perioden, zie tekst.

van het werken in een klinische setting, wordt het onderzoek uitgevoerd. De resultaten ervan worden gepubliceerd om te laten zien hoe op de AG wordt gewerkt en wat de werkzaamheden lijken op te leveren. Het is een poging een betere werkwijze te kunnen ontwikkelen en een beter onderzoek te kunnen opzetten, het laatste in de wetenschap dat "echt" effectonderzoek in een klinisch bedrijf een illusie zal blijven.

Het toe te passen "design" is afgebeeld in Tabel 3.III. Een verschil in de meetresultaten maakt het effect kenbaar. Het is de bedoeling dat 5 metingen plaatsvinden, resp. : voormeting (1), opnamemeting (2), tussenmeting (3), ontslagmeting (4) en nameting (5). Daarbij wordt in elke meting de veranderingen batterij (JVI, IDB, HSCL, AMO, SRQ, RAS, MMPI en POI) en bij de opname bovendien ook nog de prediktiebatterij (MAP, ABV, NPV en WAIS) gebruikt. De wachtlijstperiode dient minimaal 6 weken te zijn. De behandelingsperiode minimaal 6, terwijl gestreefd wordt naar een maximum van 36 weken. De vervolgperiode is bij benadering 26 weken. De periode tussen opname- en tussenmeting is vastgesteld op 12 weken. Verblijft de klient korter dan 6 weken, dan is er geen ontslagmeting en wordt de klient als "drop-out" beschouwd. De tussenmeting geldt als ontslagmeting wanneer de klient korter dan 6 weken na de tussenmeting met ontslag gaat. Hiermee wordt een grens aangegeven binnen welke geen blijvende gedragsveranderingen verwacht wordt.

Ten aanzien van de lengte van "follow-up" bestaan weinig aanwijzingen. Een periode van 6 maanden wordt reeds beschouwd als een relatief lange termijn (cf. Keeley, Shernberg en Carbonell 1976). De duur is afhankelijk van het doel van de "follow-up" en de daarmee gepaard gaande praktische en methodologische konsideraties. Hoe langer het interval is des te meer kans op uitval is. Dit bemoeilijkt interpretatie van de resultaten. Vooral wanneer weigering de oorzaak vormt, daar deze al naar gelang de motieven, zowel op een positief als op een negatief resultaat kan wijzen (Mash en Terdal 1977). In dit onderzoek wordt een termijn van 6 tot 12 maanden aangehouden.

3.6. Referenties

- Agras, W.S., Chapin, H.N. en Oliveau, D.C. (1972) : The natural history of phobia. Archives of General Psychiatry, 26, 315-317.
- Argyle, M. Bryant, B. en Trower, P. (1974) Social skills training and psycho-therapy: A comparative study. Psychological Medicine, 4, 435-443.
- Akhtar, S., Wig, N.H., Verma, V.K., Pershad, D. en Varma, S.K. (1975) : A phenomenological analysis of symptoms in obsessive compulsive neuroses. British Journal of Psychiatry, 127, 342-348.
- Beech, H.R. en Vaughan, M. (1978) : Behavioral Treatment of Obsessional States. New York : Wiley.
- Bemis, K.M. (1978) : Current approaches to the etiology and treatment of anorexia nervosa. Psychological Bulletin, 85, 593-617.
- Bergin, A.E. (1971) : The evaluation of therapeutic outcomes. In : A.E. Bergin en S.L. Garfield (Eds.) : Handbook of Psychotherapy

- and Behavior Change : An Empirical Analysis. New York : Wiley.
- Bergin, A.E. en Lambert, M.J. (1978) : The evaluation of therapeutic outcomes. In : S.L. Garfield en A.E. Bergin (Eds.) : Handbook of Psychotherapy and Behavior Change : An Empirical Analysis. New York : Wiley.
- Bergin, A.E. en Strupp, H.H. (1972) : Changing Frontiers in the Science of Psychotherapy. Chicago : Aldine-Atherton.
- Bergin, A.E. en Suinn, R.M. (1975) : Individual psychotherapy and behavior therapy. In : M.R. Rosenzweig en L.W. Porter (Eds.) : Annual Review of Psychology, 26, 509-556.
- Black, A. (1974) : The natural history of obsessional neurosis. In : H.R. Beech (Ed.) : Obsessional States. London : Methuen.
- Bliss, E.L. en Branch, C.H. (1960) : Anorexia Nervosa : Its History, Psychology and Biology. New York : Hoeber.
- Boudewijns, P.A. (1975) : Implosive therapy and desensitisation therapy with in-patients : A five-year follow-up. Journal of Abnormal Psychology, 84, 159-160.
- Boudewijns, P.A. en Wilson, A.E. (1972) : Implosive therapy and desensitisation therapy using free association in the treatment of in-patients. Journal of Abnormal Psychology, 79, 259-268.
- Bruch, H. (1973) : Eating Disorders, Obsessivity, Anorexia Nervosa and the Person Within. New York : Basic Books.
- Campbell, D.T. en Stanley, J.C. (1963) : Experimental and quasi-experimental designs for research and teaching. In : N.L. Gage (Ed.) : Handbook of Research on Teaching. Chicago : Rand McNally.
- Chambless, D. en Goldstein, A. (1980) : The treatment of agoraphobia. In : A. Goldstein en E.B. Foa (Eds.) : Handbook of Behavioral Interventions : A Clinical Guide. New York : Wiley.
- Crisp, A.H. (1980) : Anorexia Nervosa : Let Me Be. New York : Academic Press.
- De Silva, P., Rachman, S. en Seligman, M. (1977) : Prepared phobias and obsessions : Therapeutic outcome. Behaviour Research and Therapy, 15, 54-77.
- Doorenaar, M. en Dijkstra, W. (1975) : Systematic desensitisation in social anxiety. Paper read at the Conference of the European Association for Behaviour Therapy.
- Dowson, J.H. (1977) : The phenomenology of severe obsessive compulsive neurosis. British Journal of Psychiatry, 131, 75-78.
- Duivenvoorden, H.J. (1982) : Motivatie voor Psychotherapie : Een Empirische Verkenning. Lisse : Swets en Zeitlinger.
- English, H.B. en English, A.C. (1958) : A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms. New York: Longmans Green.
- Emmelkamp, P.M.G. (1979) : The behavioral study of clinical phobias. In : M. Hersen, R.M. Eisler en P.M. Miller (Eds.) : Progress in Behavior Modification (Vol. 8). New York : Academic Press.
- Endler, N.S., Hunt, J.McV. en Rosenstein, A.J. (1962) : An inventory of anxiousness. Psychological Monographs, 76, no. 17.
- Errera, P. en Coleman, J.V. (1963) : A long term follow-up study of neurotic phobic patients in a psychiatric clinic. Journal of Nervous and Mental Disease, 136, 267-271.

- Eysenck, H.J. (1952) : The effects of psychotherapy : An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Eysenck, H.J. (1965) : The effects of psychotherapy. *International Journal of Psychiatry*, 2, 99-142.
- Eysenck, H.J. en Beech, R. (1971) : Counter conditioning and related methods. In: A.E. Bergin en S.L. Garfield. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. New York: Wiley.
- Feighner, J.P.E., Robins, E.B., Guze, B., Woodruff, R.A., Winokur, G. en Munoz, R. (1972) : Diagnostic criteria for use of psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Foa, E.B. en Steketee, G.S. (1979) : Obsessive compulsive : Conceptual issues and treatment interventions. In: H. Hersen, R.M. Eisler en P.M. Miller (Eds.) : *Progress in Behavior Modification* (Vol. 8). New York : Academic Press.
- Frank, J.D., Gliedman, L.H., Imber, S.D., Nash, E.H. en Stone, A.R.C. (1957) : Why patients leave psychotherapy. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 77, 283-299.
- Freedman, A.M., Kaplan, H.L. en Sadock, B.J. (1980) : *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (2nd ed.) Baltimore : Williams en Wilkins.
- Garfield, S.L. (1978) : Research on client variables in psychotherapy. In : S.L. Garfield en A.E. Bergin (Eds.) : *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change : An Empirical Analysis* (2nd ed.) New York : Wiley.
- Garfield, S.L. (1980) : *Psychotherapy : An Eclectic Approach*. New York : Wiley.
- Gelder, M.G. en Marks, I.M. (1966) : Severe agoraphobia : A controlled prospective trial of behaviour therapy. *British Journal of Psychiatry*, 112, 309-319.
- Gelder, M.G., Marks, I.M., Wolff, H.H. en Clarke, M. (1967) : Desensitisation and psychotherapy in the treatment of phobic states : A controlled inquiry. *British Journal of Psychiatry*, 113, 53-73.
- Gillian, P. en Rachman, S. (1974) : An experimental investigation of desensitisation in phobic patients. *British Journal of Psychiatry*, 124, 392-401.
- Gittelson, N. (1966) : Phenomenology of obsessions in depression. *British Journal of Psychiatry*, 112, 260-265.
- Goldstein, A.J. (1973) : Learning theory insufficiency in understanding agoraphobia - A plea for empiricism. *Proceedings of the European Association for Behaviour Therapy and Modification, First Meeting, 1971. Muenchen : Urban en Schwarzenberg*.
- Goldstein, A.J. en Chambless, D.L. (1978) : A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59.
- Gottman, J.M. en Markman, H.J. (1978) : Experimental designs in psychotherapy research. In : S.L. Garfield en A.E. Bergin (Eds.) : *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change : An Empirical Analysis* (2nd ed.). New York : Wiley.
- Grimshaw, L. (1965) : The outcome of obsessional disorder : A follow-up study of 100 cases. *British Journal of Psychiatry*, 111, 1051-1056.
- Haayman, W.P. en Haayman-van Breukelen, J.J. (1979) : Dwang. In: J.W.G. Orlemans, W. Brinkman, W.P. Haayman en E.J. Zwaan (Red.) : *Handboek voor*

- gedragstherapie (Deel 2,C6) Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Harper, M. en Roth, M. (1962) : Temporal lobe epilepsy and the phobia anxiety depersonalisation syndrome. *Comprehensive Psychiatry*, 3, 129-150.
- Kazdin, A.E. (1980) : *Research Design in Clinical Psychology*. New York : Harper en Row.
- Kazdin, A.E. en Wilson, G.T. (1978) : *Evaluation of Behavior Therapy : Issues Evidence and Research Strategies*. Cambridge, Mass. : Ballinger.
- Keeley, S.M., Shemberg, K.M. en Carbonell, J. (1976) : Operant clinical intervention : Behavior management or beyond ?, Where are the data ?. *Behavior Therapy*, 7, 292-305.
- Kendall, R.E. en Di Scipio, W.J. (1970) : Obsessional symptoms and obsessional personality traits in patients with depressive illnesses. *Psychological Medicine*, 1, 65-72.
- Kiesler, D.J. (1971): Experimental designs in psychotherapy research. In: A.E. Bergin en S.L. Garfield (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. New York: Wiley.
- Kraaiaa, E.W. en van Dam-Baggen, C.H.J. (1976) : Ontwikkeling van een zelfbeoordelingslijst voor obsessief compulsief gedrag. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 31, 201-211.
- Kratochwill, T. (1977) : *Rationaliteitsschalen*. K.U. Nijmegen : Doctoraal skriptie.
- Kringlen, E. (1970) : Natural history of obsessional neurosis. *Seminars in Psychiatry*, 2, 403-419.
- Kwee, M.G.T. (1975) : *Joris Vrees Inventaris (JVI)*. Delft : Het Sint Joris Gasthuis - Afdeling Gedragstherapie.
- Kwee, M.G.T. (1981) : *Multimodale Anamnese PSychotherapie* (2de ed.). Delft : Het Sint Joris Gasthuis - Afdeling gedragstherapie.
- Kwee, M.G.T. (1982): *Rationeel-emotieve therapie in praktijk*. In: H.M. van der Ploeg (Red.): *Psychotherapie*. Alphen a/d Rijn: Stafleu.
- Lazarus, A.A. (1961) : Group therapy of phobic disorders by systematic desensitisation. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 505-510.
- Lazarus, A.A. (1966) : Broad spectrum behavior therapy and the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 95-97.
- Liberman, R.P., Levine, J., Wheeler, E., Sanders, N. en Wallace, C.J. (1976) : Marital therapy in groups : A comparative evaluation of behavioral and interactional formats. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplementum 266.
- Luteyn, F. en Kingma, L. (1978) : Een Nieuwe Verkorte MMPI. R.U. Groningen : Heymans Bulletin.
- Luteyn, F., Kok, A.R. Hamel, L.F. en Poesz, A. (1979) Enige ervaringen met een klachtenlijst (de HSCL). *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 34, 167-179.
- Luteyn, F. Starren, J. en Van Dijk, H. (1975) : *Handleiding bij de NPV*. Amsterdam : Swets en Zeitlinger.
- Marks, I.M. (1969) : *Fears and Phobias*. New York : Academic Press.
- Marks, I.M. (1970) : Agoraphobic syndrome (phobic anxiety state). *Archives of General Psychiatry*, 23, 538-553.

- Marks, I.M. (1971) : Phobic disorders 4 years after treatment. *British Journal of Psychiatry*, 118, 683-688.
- Marks, I.M. (1975) : Prognosis in behavioural psychotherapy. In : J.C. Brengelmann (Ed.) : *Progress in Behaviour Therapy*. Berlin : Springer Verlag.
- Marks, I.M. en Gelder, M.G. (1965) : A controlled retrospective study of behaviour therapy in phobic patients. *British Journal of Psychiatry*, 111, 561-573.
- Meltzoff, J. en Kornreich, M. (1970) : *Research in Psychotherapy*. New York : Atherton Press.
- Morgenstern, F.S., Pearce, J.F. en Reese, W.L. (1964) : Predicting the outcome of behaviour therapy by psychological tests. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 191-200.
- Nathan, P.E. (1976) : Alcoholism. In : H. Leitenberg (Ed.) : *Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Nias, D.K.B. (1975) : An evaluation of the factors that difference prognosis in behaviour therapy. In : J.C. Brengelmann (Ed.) : *Progress in Behaviour Therapy*. Berlin : Springer Verlag.
- Patterson, R. Levene, H. en Breger, L. (1971) : Treatment and training outcome with two time-limited therapies. *Archives of General Psychiatry*, 25, 161-167.
- Paul, G.L. (1967) : Outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.
- Paul, G.L. (1969) : Behavior modification research design and tactics. In : C.M. Franks (Ed.) : *Behavior Therapy : Appraisal and Status*. New York : McGraw-Hill.
- Pollitt, J. (1957) : Natural history of obsessional states. *British Medical Journal*, 1, 195-198.
- Rachman, S. (1971) : *The Effects of Psychotherapy*. New York: Pergamon Press.
- Rachman, S. (1973) : Some similarities and differences between obsessional ruminations and morbid preoccupations. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 18, 71-74.
- Rachman, S.J. en Hodgson, R.J. (1980) : *Obsession and Compulsions*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Rachman, S.J. en Wilson, G.T. (1980) : *The Effects of Psychological Therapy* (2nd. ed.). New York : Pergamon Press.
- Rathus, S.A. (1973) : A 30 item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Rogers, C.R. (1959) : A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In: S.Koch (Eds.): *Psychology: The Study of a Science* (Vol.3) -Formulations of the Person and the Social Context. New York McGraw-Hill.
- Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M. en Hollon, S. (1977) : Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.
- Sheppard, G. en Durham, R. (1977) : The multiple techniques approach to behavioural psychotherapy : A retrospective evaluation of effectiveness and an examination of prognostic indicators. *British*

- Journal of Medical Psychology, 50, 45-52.
- Shostrom, E. (1966) Manual for the Measurement of Self-Actualisation. San Diego, CA : Educational and Industrial Testing Service.
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J. en Whipple, K. (1975) : Psychotherapy Versus Behavior Therapy. Common Wealth Fund publication. Cambridge, Mass. : Harvard University Press.
- Stern, R.S. en Cobb, J. (1978) : Phenomenology of obsessive compulsive neurosis. British Journal of Psychiatry, 132, 233-239.
- Stinissen, J., Willems, P.J., Coetsier, L. en Hulsman, N.L.L. (1969) : WAIS- Bewerking voor Nederland en Nederlandstalig België. Amsterdam : Swets en Zeitlinger.
- Strupp, H.H., Hadley, S.W. en Gomes-Schwartz, B. (1977) : Psychotherapy for Better or Worse : An Analysis of the Problem of Negative Effects. New York : Jason Aronson.
- Swan, G.E. en McDonald, M.L. (1978) : Behavior therapy in practice : A national survey of behavior therapists. Behavior Therapy, 9, 799-807.
- Townsend, R.E., House, J.P. en Addario, D. (1975) : A comparison of biofeedback mediated relaxation and group therapy in the treatment of chronic anxiety. American Journal of Psychiatry, 132, 598-601.
- Trijsburg, R.W. (1981) : Controle- Onzekerheid : Een Experimenteel Psychologisch Onderzoek naar een Mogelijke Ontstaansvoorwaarde voor Dwanggedrag. Lisse : Swets en Zeitlinger.
- Vandereycken, W. (1977a) : Anorexia Nervosa I : Leertheoretische beschouwingen. Tijdschrift voor Psychotherapie, 3, 151-165.
- Vandereycken, W. (1977b) : Anorexia Nervosa II : Gedragstherapeutische mogelijkheden. Tijdschrift voor Psychotherapie, 3, 228-245.
- Vandereycken, W. (1981) : Macht en onmacht van gedragstherapie bij Anorexia Nervosa. In : K.J.M. van de Loo, W. Vandereycken en J.C.B. Eykman (Red.) : Anorexia Nervosa : Diagnostiek, Behandeling en Onderzoek. Nijmegen : Dekker, Van de Vegt.
- Videbech, T. (1975) : The psychopathology of anancastic endogeneous depression. Acta Psychiatrica Scandinavica, 52, 336-373.
- Visser, R.S.H., van Vliet-Mulder, J.C., Evers, A. en ter Laak, J. (1982) : Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland. Amsterdam : Nederlands Instituut van Psychologen.
- Waskow, I.E. en Parloff, M.B. (1975) (Eds.) : Psychotherapy Change Measures. Rockville, Md. : National Institute of Mental Health.
- Wilde, G.J.S. (1963) : Neurotische Labiliteit, Gemeten Volgens de Vragenlijst methode. Amsterdam : Van Rossen.
- Wilner, A., Reich, T., Robins, I., Fishman, R. en Van Doren, T. (1976) : Obsessive-compulsive neurosis. Comprehensive Psychiatry, 17, 527-539.
- Wolpe, J. (1958) : Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. Stanford : Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1977) : Inadequate behavior analysis : The Achilles heel of outcome research in behaviour therapy. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 8, 1-3.
- Zitrin, C.M., Klein, D.F. en Woerner, M.G. (1976) Behavior therapy, supportive psychotherapy, imipramine and phobias (unpublished paper). New York : Long Island Jewish-Hillside Medical Center, Hillside Division, Glen Oaks.

HOOFDSTUK 4. RESULTATEN VAN EFFEKT ONDERZOEK*

4.1. Achtergrondgegevens van de klanten

Om een idee te krijgen van de klanten die aan dit verkennend onderzoek hebben deelgenomen, volgt een aantal achtergrondgegevens. Deze zijn verkregen van in totaal 98 klanten, die in een periode van 4 jaar op de AG in behandeling zijn geweest en waarvan ten minste de opname- en ontslagmeting of de voor- en opnamemeting beschikbaar zijn. Er zijn hiervan 86 klanten die ten minste een opname- en ontslagmeting en 12 klanten die alleen een voor- en opnamemeting hebben ingevuld. De laatste categorie klanten (12 %) heeft de therapie voortijdig (doorgaans in de eerste weken van opname) beëindigd. De gegevens over deze klanten zullen apart worden geanalyseerd.

In de analyses zijn 2 klanten, resp. met een angst- en depressieve neurose, buiten beschouwing gelaten, zodat de berekeningen steeds over 84 klanten gaan. De groep van 84 behandelde klanten bestaat uit een groep van 44 dwangklanten en 40 fobieklanten (waarvan 3 "gewichtsfobische" klanten). De achtergrondgegevens van deze klanten zijn onderscheiden in algemeen-biografische en klinisch-diagnostische gegevens.

Tabel 4.1. Leeftijd in Relatie tot Geslacht.

Leeftijd	Dwang				Fobie			
	Mannen		Vrouwen		Mannen		Vrouwen	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤20	0	0	2	5	0	0	0	0
21 - 25	3	50	6	16	1	9	6	21
26 - 30	2	33	10	27	4	36	4	14
31 - 35	0	0	7	18	4	36	11	38
36 - 40	0	0	2	5	2	19	3	10
41 - 45	1	17	6	16	0	0	2	7
46 - 50	0	0	3	8	0	0	2	7
≥51	0	0	2	5	0	0	1	3
Totaal	6	100	38	100	11	100	29	100

* De berekeningen en analyses zijn geschied door middel van SPSS (Nie en Hull 1981) en SCSS (Nie, Hull, Franklin, Jenkins, Sours, Norusis en Braddie 1975).

4.1.1. Algemeen-biografisch

De 44 dwang- en 40 fobieklanten die uiteindelijk voor dit beschrijvend onderzoek naar effect meetellen, zijn voor het grootste gedeelte van het vrouwelijk geslacht. Dit is toe te schrijven aan het feit dat de AG in het aanvangsjaar alleen voor vrouwelijke klanten toegankelijk was. Hoewel hierin verandering kwam, waren in de jaren erna meer plaatsen voor vrouwen (10) dan voor mannen (5) beschikbaar (zie Tabel 4.I.). De leeftijd van de klanten varieert van 28 tot 60 jaar. Ruim tweederde van de dwangklanten en driekwart van de fobieklanten valt in de leeftijdskategorie van 21-35 jaar. Wat betreft het opleidingsnivo : ruim 50 % van alle klanten had niet meer dan een VGLO opleiding. Er waren geen klanten bij met een universitaire opleiding (zie Tabel 4.II.).

Tabel 4.II. Opleidingsnivo in Relatie tot Geslacht.

Opleidingsnivo	Dwang				Fobie			
	Mannen		Vrouwen		Mannen		Vrouwen	
	n	%	n	%	n	%	n	%
BLO	1	17	0	0	1	9	1	3
LS	1	17	6	16	4	36	7	24
VGLO	1	17	11	29	2	18	9	31
MAVO	0	0	15	40	2	18	6	21
HAVO-VWO	3	49	4	10	0	0	1	3
HBO	0	0	2	5	2	19	5	18
Totaal	6	100	38	100	11	100	29	100

Ten aanzien van de burgerlijke staat : van de dwang- en fobieklanten leeft bijna driekwart met een partner. Ruim een kwart is alleenstaand (zie Tabel 4.III.).

Tabel 4.III. Burgerlijke Staat.

Burgerlijke Staat	Dwang		Fobie	
	n	%	n	%
Gehuwd	31	71	28	69
Samenwonend	1	2	1	3
Ongehuwd	8	18	9	23
Weduwe/weduwenaar	1	2	0	0
Gescheiden	3	7	2	5
Totaal	44	100	40	100

Tenslotte de verdeling van geloofsovertuiging, waarvoor zij verwezen naar Tabel 4.IV.

Tabel 4.IV. Geloofsovertuiging.

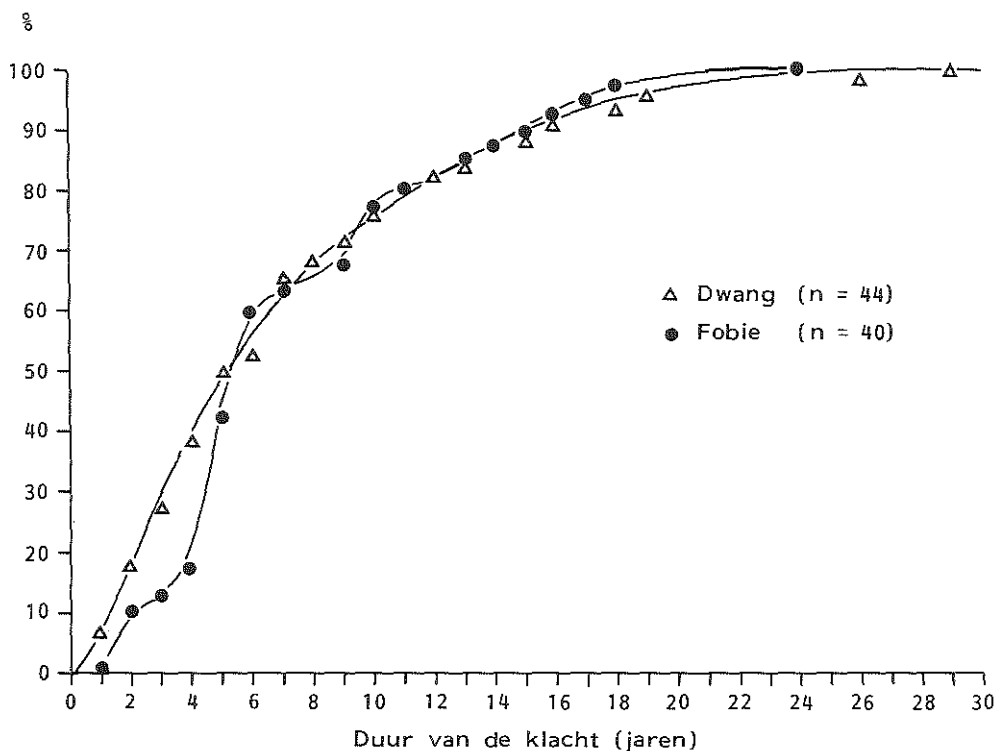
Religie	Dwang		Fobie	
	n	%	n	%
Rooms-Katholiek	23	52	12	30
Protestant	7	16	10	25
Overige	0	0	1	2
Geen	14	32	17	43
Totaal	44	100	40	100

4.1.2. Klinisch-diagnostisch

Wat betreft de voorgaande behandelingen : 10 % van de klanten heeft niet eerder een behandeling gehad. Dit impliceert dat 90 % op enigerlei wijze reeds eerder een behandeling heeft gehad. Van de 44 dwangklanten was ruim de helft ambulant en ongeveer eenderde ambulant en klinisch behandeld geweest. Van de fobieklanten was tweederde ambulant en ongeveer eenvijfde ambulant en klinisch behandeld geweest (zie Tabel 4.V.).

Tabel 4.V. Voorgaande Behandelingen.

Voorgaande Behandeling	Dwang		Fobie	
	n	%	n	%
Eerder Behandeld:				
Ambulant	23	52	27	67
Klinisch	2	5	2	5
Beide	14	32	7	18
Niet eerder Behandeld	5	11	4	10
Totaal	44	100	40	100



Figuur 4.1. Cumulatieve frekwentieverdeling in percentages m.b.t. de duur van de klacht.

De duur van de klachten is in Figuur 4.I. af te lezen. Van de dwangklanten hadden bij opname 41 personen (93 %) de klachten langer dan 1 jaar en 22 personen (50 %) langer dan 5 jaar. Van de fobieklanten hadden bij opname alle 40 personen (100 %) de klachten langer dan 1 jaar en 23 personen (57 %) langer dan 5 jaar. Op grond van deze gegevens en het feit dat 90 % van de klanten een of meer keren ambulant dan wel klinisch behandeld zijn geweest, mag de klachten van de populatie als ernstig en chronisch worden gekwalificeerd.

Volgens de klassificatie van persoonlijkheidsstoornissen van de ICD-9 (WHO 1979), zoals in Tabel 4.VI. is te zien, werd het merendeel (bijna 70 %) van de dwang- en fobieklanten gediagnostiseerd als asthenisch, anankastisch en hysterisch.

De ICD-9 werd eveneens gebruikt voor de kategorisering van de probleemgebieden. Er kan meer dan 1 probleemcategorie worden aangekruisd. Gezins- en huwelijksproblemen kwamen opvallend veel voor. Dan volgen gezondheidsproblemen bij dwangklanten en het probleem van het gemis van gepast werk bij fobieklanten. Ook nog betrekkelijk veel voorkomend zijn de problemen met betrekking tot rouwprocessen en financiën (zie Tabel 4.VII.).

Tabel 4.VI. Persoonlijkeidsdiagnose (ICD-9).

Persoonlijkeids- diagnose	Dwang		Fobie	
	n	%	n	%
Paranoid	5	11	2	5
Affektief	0	0	1	2
Schizoid	4	9	0	0
Explosief	3	7	2	5
Anankastisch	10	23	5	13
Hysterisch	8	18	16	40
Asthenisch	12	27	6	15
Anti-sociaal	0	0	3	8
Relatief gewoon	0	0	3	7
Ongespecificeerd	2	5	2	5
Totaal	44	100	40	100

Tabel 4.VII. Probleemgebieden (ICD-9).

Probleemcategorie	Dwang		Fobie	
	n	%	n	%
Gezinsprobleem	23	52	21	53
Huwelijksprobleem	18	41	22	55
Gezondheidsprobleem	12	27	7	18
Werkeloosheidsprobleem	7	16	11	28
Rouwprobleem	7	16	8	20
Eenzaamheidsprobleem	7	16	5	12
Huisvestingsprobleem	6	14	7	18
Financieel probleem	2	5	8	20

De overige klachten zijn ook volgens de ICD-9 gekategoriseerd. Er kwamen onmiskenbaar seksuele stoornissen voor (bijv. frigiditeit, impotentie) en speciale symptomen/syndromen (bijv. psychalgie, slaapstoornis) (zie Tabel 4.VIII.).

Tabel 4.VIII. Additionele Klachten (ICD-9).

Additionele Klachten	Dwang		Fobie	
	n	%	n	%
Sexuele Stoornissen	9	21	10	25
Speciale Symptomen/ Syndromen	7	16	8	20
Psychosomatische Klachten	1	2	3	8

Wat betreft de klinische gegevens is een tweedeling gemaakt tussen de klanten die in 1977 en 1978 en de klanten die in 1979 en 1980 op de AG werden opgenomen. Met name om te kunnen nagaan of er een verschil bestaat tussen de 2 beginjaren en de 2 volgende jaren. In de eerste periode is er sprake geweest van een ontwikkeling naar een residentiele behandeling zoals deze uiteindelijk in de tweede periode en later gestalte heeft gekregen.

Tabel 4.IX. Jaar van Opname.

Opnamejaar	Dwang		Fobie	
	n	%	n	%
1977	7	16	10	25
1978	13	29	12	30
Subtotaal 77-78	20	45	22	55
1979	9	21	13	32
1980	15	34	5	13
Subtotaal 79-80	24	55	18	45
Totaal 77-80	44	100	40	100

In Tabel 4.IX. is te lezen dat in 77-78 relatief meer fobieklienten en minder dwangklienten en in 79-80 relatief minder fobieklienten en meer dwangklienten werden opgenomen.

Over de duur van de opname valt op te merken dat 6 van de dwangklienten in 77-78 en 7 in 79-80 de opnameduur van 36 weken hebben overschreden. Van de fobieklienten hebben 5 in 77-78 en eveneens 5 in 79-80 de opnameduur van 36 weken overschreden (zie Tabel 4.X.).

Tabel 4.X. Duur van Opname.

Opnameduur	Dwang				Fobie			
	77 - 78		79 - 80		77 - 78		79 - 80	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 12 weken	1	5	3	12	0	0	1	5
13 - 24 weken	4	20	8	34	8	37	3	17
25 - 36 weken	9	45	6	25	9	41	9	50
37 - 48 weken	4	20	7	29	4	18	5	28
≥ 49 weken	2	10	0	0	1	4	0	0
Totaal	20	100	24	100	22	100	18	100

In de periode 79-80 werden relatief minder personen op eigen verzoek en minder personen op advies van de AG ontslagen dan een vergelijkbare groep in de periode 77-78. Op eigen verzoek wil zeggen dat de klient vindt voldoende op de AG te hebben opgestoken om zelfstandig verder te kunnen gaan. Deze groep is te onderscheiden van de "drop outs", degenen die minder dan 12 weken opgenomen zijn geweest en zich in het geheel niet op de AG op hun plaats voelden. Ontslag op advies van de instelling houdt in dat het team van de AG geen mogelijkheid meer ziet de klient verder te behandelen. Er is sprake van een verkeerde indicatie. De cijfers kunnen betekenen dat in de tweede periode meer klienten zich voor de behandeling van hun klachten op de AG op hun plaats voelden. Ook is te overwegen dat in de tweede periode geen verkeerde indicaties waren voorgekomen of dat een betere therapie werd geboden, maar uit deze cijfers alleen valt dat niet te konkluderen. Voorts blijkt dat consensus tussen het team en de klienten over het tijdstip en wijze van vertrek in de tweede periode is toegenomen, met name waar het fobische klienten betreft (zie Tabel 4.XI.).

Tabel 4.XI. Wijze van Ontslag.

Ontslagwijze	Dwang				Fobie			
	77 - 78		79 - 80		77 - 78		79 - 80	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Wil v/d klient	3	15	2	8	7	32	1	6
Advies van de instelling	1	5	0	0	4	18	0	0
Consensus	16	80	22	92	11	50	17	94
Totaal	20	100	24	100	22	100	18	100

Bij ontslag gaf niemand van de klanten aan achteruit te zijn gegaan, d.w.z. in hun beleving een toename van dwang- of fobieklachten te hebben ervaren. Terwijl in de periode 77-78 een dwangklant en een fobieklient in hun klachten gelijk gebleven waren, nam dit af tot 0 voor de beide categorieën in de periode 79-80. In de tweede periode zijn er relatief minder dwangklanten die aangaven zeer veel verbeterd te zijn en relatief meer die aangaven verbeterd te zijn. Voor de fobieklienten geldt dat men eveneens relatief aangaf zeer veel verbeterd te zijn, terwijl men relatief meer zegt veel verbeterd te zijn (zie Tabel 4.XII.).

Tabel 4.XII. Subjectieve Verbetering bij Ontslag.

Mate van Verbetering	Dwang				Fobie			
	77 - 78		79 - 80		77 - 78		79 - 80	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Achteruit gegaan	0	0	0	0	0	0	0	0
Gelijk gebleven	1	5	0	0	1	4	0	0
Verbeterd*	5	25	10	42	12	55	7	39
Veel Verbeterd**	11	55	12	50	3	14	10	56
Zeer Veel Verbeterd***	3	15	2	8	6	27	1	5
Totaal	20	100	24	100	22	100	18	100

* : < 50% van de klachten is afgenomen

** : 51 - 75% van de klachten is afgenomen

*** : > 75% van de klachten is afgenomen.

De medikatie bij opname en ontslag bij de dwangklanten en fobieklienten in de perioden 77-78 en 79-80 werd eveneens nagegaan. De medikatie betreft doorgaans lichte tranquillizers en in sommige gevallen tevens slaapmedikatie. Wat betreft de dwangklanten waren er in 79-80 meer klanten die zowel bij opname als ontslag medikatie hadden dan in 77-78. Nagenoeg een gelijk aantal klanten kregen bij opname wel en bij ontslag geen medikatie in de eerste en de tweede periode. Er was (nagenoeg) niemand die bij opname geen medikatie kreeg en bij ontslag wel. Het grootste gedeelte bestaat uit klanten die bij opname geen medikatie kregen en bij ontslag evenmin. Een vergelijkbaar beeld gaven de fobieklienten (zie Tabel 4.XIIIa. en Tabel 4.XIIIb.).

Tabel 4.XIII.a. Aantal Kliënten met Medikatie bij Opname en Ontslag - Dwangkliënten.

Medikatie (Dwang)		Ontslag			
		+		-	
		77 - 78	79 - 80	77 - 78	79 - 80
Opname	+	1	5	5	7
	-	0	2	14	10

Tabel 4.XIII.b. Aantal Kliënten met Medikatie bij Opname en Ontslag - Fobiekliënten.

Medikatie (Fobie)		Ontslag			
		+		-	
		77 - 78	79 - 80	77 - 78	79 - 80
Opname	+	5	7	11	5
	-	0	0	6	6

In Tabel 4.XIV. is aangegeven hoeveel cliënten elders een behandeling hebben ondergaan, zoals opgetekend van 6 tot 9 maanden na het ontslag. Er is globaal een afname te constateren van diegenen die elders behandeling hebben gezocht in de periode 77-78 en 79-80.

Tabel 4.XIV. Behandeling Elders (9 maanden na ontslag).

Behandeling Elders	Dwang				Fobie			
	77 - 78		79 - 80		77 - 78		79 - 80	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Geen behan- deling Elders	15	75	20	84	13	59	17	94
Ambulante behandeling	5	25	2	8	7	32	1	6
Klinische behandeling	0	0	2	8	2	9	0	0
Totaal	20	100	24	100	22	100	18	100

4.2. Transformatie van criterium- en therapievariabelen

In verband met het betrekkelijk gering aantal klanten in vergelijking met het aantal variabelen (i.e. vragenlijsten), is afgezien van het onderzoek naar de structuurbepaling van deze lijsten, voor zover deze structuren tot op heden onbekend zijn. Gekozen is voor de IDB als criterium voor dwang en JVI als criterium voor fobie. De overige lijsten werden beschouwd als therapievariabelen. Voor alle items zijn per lijst (variabele) de somskores berekend. Per variabele zijn de skores getransformeerd naar een gemiddelde van 50 en een standaard deviatie van 10. De opnamemeting (meting 2) werd gebruikt als referentiemeting voor elke variabele.

Het gemiddelde daarvan is berekend volgens de formule :

$$\bar{X}.j2 = (\bar{X}fj2 + \bar{X}dj2) / 2$$

Hierbij staat $\bar{X}.j2$ voor het ongewogen totaal gemiddelde van fobie en dwang op variabele j voor meting 2, $\bar{X}fj2$ voor het gemiddelde van fobieklienten op meting 2 en $\bar{X}dj2$ voor het gemiddelde van dwangklienten eveneens op variabele j voor meting 2. Voor dwang en voor fobie is het gemiddelde voor meting 2 berekend. Deze 2 gemiddelden zijn ongewogen gemiddeld, inhoudende dat er geen rekening is gehouden met het aantal klanten van de beide groepen, daar het over twee verschillende groepen gaat en bovendien de steekproefomvang van elk niet een adequate afspiegeling van de populatieverhouding hoeft te zijn.

De tweede parameter, standaard deviatie, is naar analogie van de procedure bij de berekening van het totaal gemiddelde, eveneens ongewogen berekend, dus evenmin gekorrigeerd voor de steekproefgrootte. In formule :

$$Sd.j2 = \sqrt{(Sdfj2^2 + Sddj2^2) / 2}$$

Hierbij staat $Sd.j2$ voor de ongewogen gepoolde standaard deviatie van fobie en dwang op variabele j voor meting 2, $Sdfj2^2$ voor de variantie van fobieklienten op variabele j voor meting 2 en $Sddj2^2$ voor de variantie van dwangklienten op variabele j voor meting 2.

Vervolgens zijn voor de betreffende variabelen, de skores per meting als volgt getransformeerd :

$$Tijk = 50 + (10(\bar{X}ijk - \bar{X}.j2) / Sd.j2)$$

Hierbij staat $Tijk$ voor de getransformeerde skore van klient i ($i=1,..84$) op variabele j ($j=1,..12$) voor meetmoment k ($k=1,..5$), $\bar{X}ijk$ voor de ongetransformeerde skore voor klient i op variabele j voor meting k , $\bar{X}.j2$ voor het ongewogen totaal gemiddelde van dwang- en fobieklienten op variabele j op meetmoment 2 en $Sd.j2$ voor de

ongewogen "gepoolde" standaard deviatie van dwang- en fobieklienten op variabele j voor meting 2.

Door deze procedure wordt de mogelijkheid geboden om veranderingen tussen variabelen naar nivo zowel als naar spreiding te schatten, te vergelijken en te interpreteren. Dit naar analogie van de transformaties zoals die op de MMPI hebben plaatsgevonden. Dit houdt in dat, als men zou kunnen aannemen dat de verdeling normaal is, de skores van meting 2 op genoemde parameters de volgende waarden hebben : $\bar{X} = 50$ en $Sd = 10$, waarbij 95 % van de klienten zich bevindt binnen het interval van 30 tot 70, en 68 % binnen het interval van 40 tot 60.

De skores zijn (indien van toepassing) zodanig gekodeerd dat hoge skores een ongunstige betekenis krijgen en lage skores een gunstige betekenis krijgen. Teneinde enig inzicht in de betekenis van de skores te kunnen verkrijgen, is op Tabel 4.XV. de theoretisch maximaal haalbare skore range (getransformeerde maximum en minimum waarden) berekend.

Tabel 4.XV. Theoretische Skore Range (getransformeerde minimum en maximum waarden) van de 12 Therapievariabelen op Meting 2.

Therapievariabelen		Theoretische range Getransformeerde Skores	
		minimum	maximum
T-DB ₂	- Dwangklachten	38	109
T-JV ₂	- Fobische Klachten	23	92
T-SCL ₂	- Algemene Klachten	20	96
T-POI ₂	- Zelf-Aktualisatie	25	94
T-AMO ₂	- Rationeel Denken	19	81
T-SRQ ₂	- Fysiologisch Reageren	19	84
T-RAS ₂	- Assertief Handelen	14	77
T-MMN ₂	- Negativisme	20	78
T-MMS ₂	- Somatisering	27	73
T-MME ₂	- Extraversie	13	67
T-MMV ₂	- Verlegenheid	31	65
T-MMP ₂	- Ernstige Psychopathologie	43	78

4.3. Onderbouwing van het criterium dwang en fobie

Ter (psychometrische) onderbouwing van de keuze van het criterium IDB voor dwang en JVI voor fobie zijn deze gerelateerd aan de indeling van klanten in de twee diagnostische categorieën. De diagnose dwangneurose of fobische neurose is gesteld door de klinisch psycholoog/ gedragstherapeut en geschiedt aan de hand van het ICD-9 systeem.

De dwangklienten onderscheiden zich van de fobieklienten op de variabelen dwang gemeten bij opname (T-DB2) en fobie, eveneens gemeten bij opname (T-JV2). Diskriminant analyse bij 84 klanten (n,dwang= 44, n,fobie= 40) wijst uit dat overeenstemming was tussen het klinisch oordeel enerzijds en deze variabelen anderzijds. In 14 % (waarvan 8 % dwang en 6 % fobie) was er geen overeenstemming. Het criterium voor dwang, gemeten met IDB, en het criterium voor fobie, gemeten met JVI, blijkt valide.

4.4. Dwangklienten

Als criterium voor verandering op korte termijn bij dwangklienten is gekozen de relatieve verandering van de ontslagmeting (meting 4) ten opzichte van de opnamemeting (meting 2), en op lange termijn de follow-up meting (meting 5) ten opzichte van de opnamemeting (meting 2), voor wat betreft de dwangklachten, zoals gemeten door middel van de IDB.

De volgende formules zijn resp. van toepassing :

$$RT-DB4 = ((T-DB2 - T-DB4) / T-DB2) * 100$$

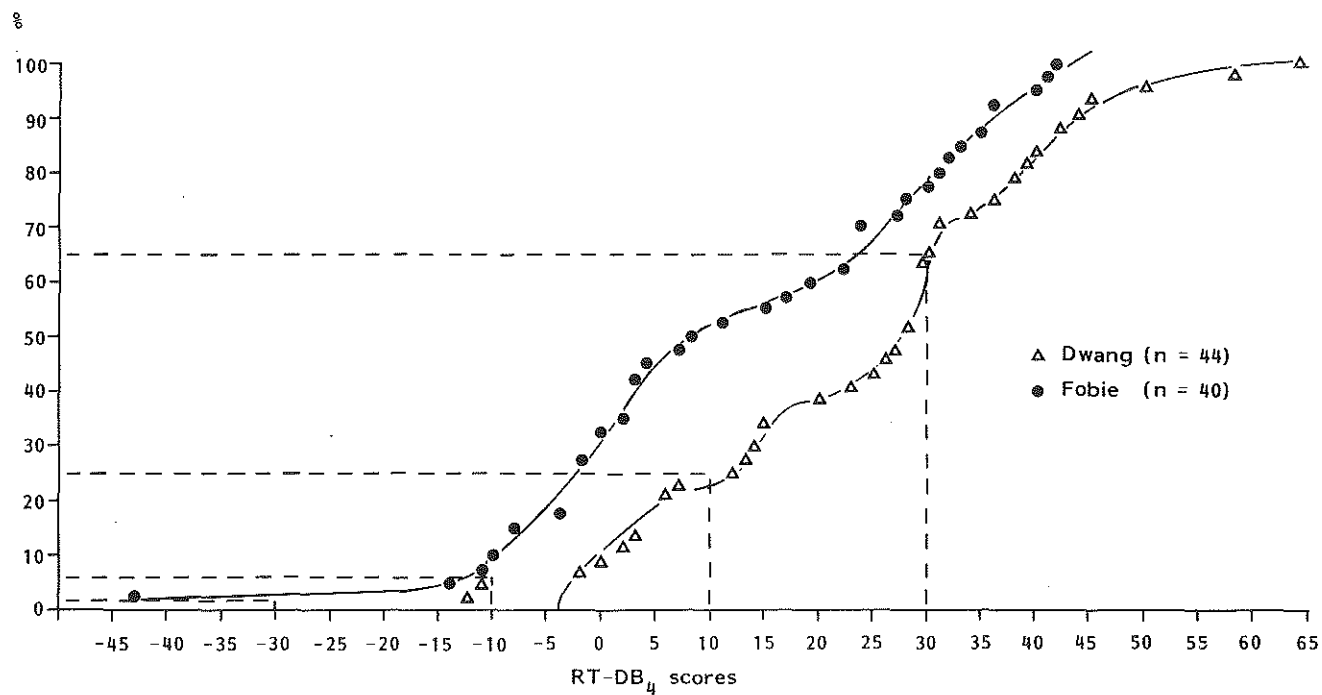
$$RT-DB5 = ((T-DB2 - T-DB5) / T-DB2) * 100$$

Hierbij staat R voor relatieve verandering, T voor getransformeerde (som)skore, DB voor de dwangvragenlijst IDB en de getallen 2,4 en 5 voor de meetmomenten.

Door voor deze relatieve veranderingen te kiezen kan de invloed van de verschillen in de startwaarde (meting 2) onder controle worden gehouden. Bij follow-up meting (meting 5) is het aantal klanten van 44 afgenomen tot 31, dit doordat de fase van de dataverzameling beëindigd werd, zodat de follow-up gegevens van de resterende 13 klanten niet meer in het onderzoek konden worden opgenomen*.

Om te beginnen worden in Figuur 4.2. de frekwentieverdelingen van de resultaten op RT-DB4 skores in een kumulatieve percentageverdeling resp. bij dwangklienten en bij fobieklienten afgezet. Het resultaat is geoperationaliseerd door middel van de volgende scheidingspunten (zie Figuur 4.2.) :

* Gezien het relatief gering aantal klanten is dit jammer, maar er moest nu eenmaal ook worden begonnen met dataverwerking.



Figuur 4.2. Cumulatieve frekwentieverdeling op RT-DB₄ voor dwangklënten en fobieklënten.

RT-DB4 \leq -30	Sterk achteruitgegaan
-30 < RT-DB4 \leq -10	Achteruitgegaan
-10 < RT-DB4 \leq 10	Gelijk gebleven
10 < RT-DB4 \leq 30	Vooruitgegaan
30 < RT-DB4	Sterk vooruitgegaan

Over het algemeen hebben dwangklienten hogere RT-DB4 scores in vergelijking tot fobieklienten, hetgeen verwacht mocht worden (Mann Whitney test, $p < 0.001$). Van de dwangklienten is niemand sterk achteruitgegaan, 2 zijn achteruitgegaan (4 %), 6 gelijk gebleven (18 %), 19 vooruitgegaan (44 %) en 15 sterk vooruitgegaan (34 %).

Vervolgens zijn van de dwangklienten RT-DB4 scores van de dwangklienten gerelateerd aan RT-DB5 scores, teneinde te onderzoeken of (a) een aanvankelijke vooruitgang blijft en (b) of bij een aanvankelijke achteruitgang uiteindelijk ook vooruitgang plaats vond. Zodoende zijn er 4 kwadranten te onderscheiden (zie Figuur 4.3.) :

Kwadrant	f	%	
I (+-)	5	16	: Uiteindelijk achteruitgegaan
II (++)	24	78	: Konsistent vooruitgegaan
III (--)	1	3	: Konsistent achteruitgegaan
IV (-+)	1	3	: Uiteindelijk vooruitgegaan

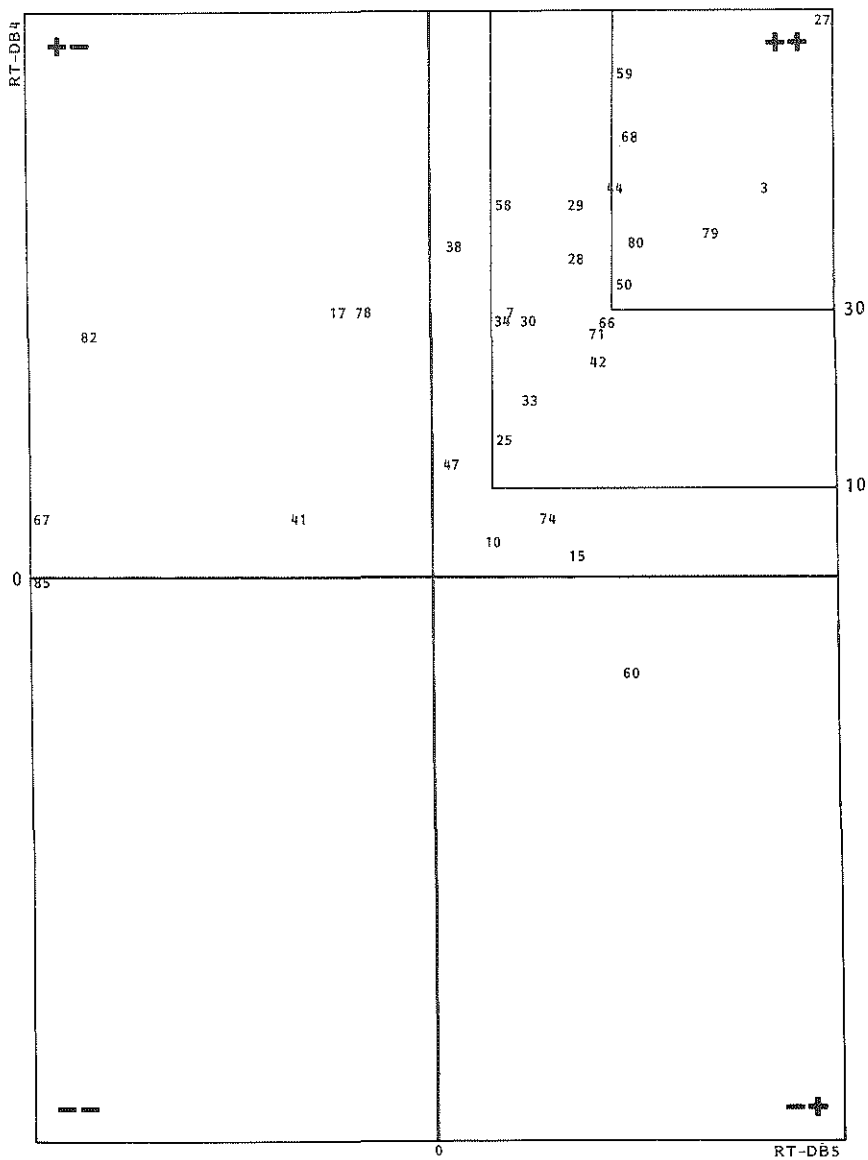
Visuele inspectie van Figuur 4.3. waarin RT-DB4 is gerelateerd aan RT-DB5 bij dwangklienten ($n=31$), leert dat het merendeel van de klienten konsistent vooruit zijn gegaan (kwadrant ++). Indien de scheidingpunten van de resultaten op de groep die konsistent is vooruitgegaan worden toegepast, waarbij :

0 < RT-DB4 en RT-DB5 \leq 10	Gelijk gebleven
10 < RT-DB4 en RT-DB5 \leq 30	Vooruitgegaan
30 < RT-DB4 en RT-DB5	Sterk vooruitgegaan

dan is er sprake van een stabiel positief effect bij 19 klienten (61 %) (11 (35 %) zijn vooruitgegaan en 8 (26 %) zijn sterk vooruitgegaan). Een klient (3 %) is uiteindelijk vooruitgegaan, 3 klienten (10 %) uiteindelijk achteruitgegaan en 8 klienten (26 %) zijn gelijk gebleven*.

Om een idee te krijgen waarin de klienten individueel verschillen is uit elk van de kwadranten de meest extreem skorende klient geselecteerd. Deze zijn klient nr. 27 (++), nr. 85 (--), nr. 82 (+-) en nr. 60 (-+) die in de volgende paragrafen ter illustratie aan de orde komen.

* De kategorie twijfeldwang en fobische dwang komen in gelijke mate en verspreid in de kwadranten voor.



Figuur 4.3. RT-DB₄ in relatie tot RT-DB₅ bij dwangkliënten.
Elk getal vertegenwoordigt een cliënt.

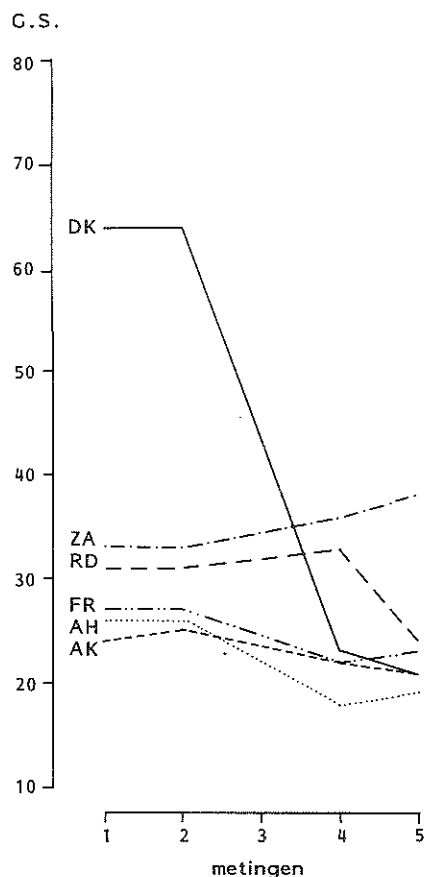
4.4.1. Nr. 27 (++) : Fobische dwang

Kliente is een gehuwde vrouw van middelbare leeftijd, van beroep huisvrouw. Echtgenoot heeft een functie als middelbare employe. Na een jarenlange ambulante psychiatrische behandeling en enkele keren opgenomen te zijn geweest op een PAAZ, kwam zij op verwijzing van de haar behandelende psychiater.

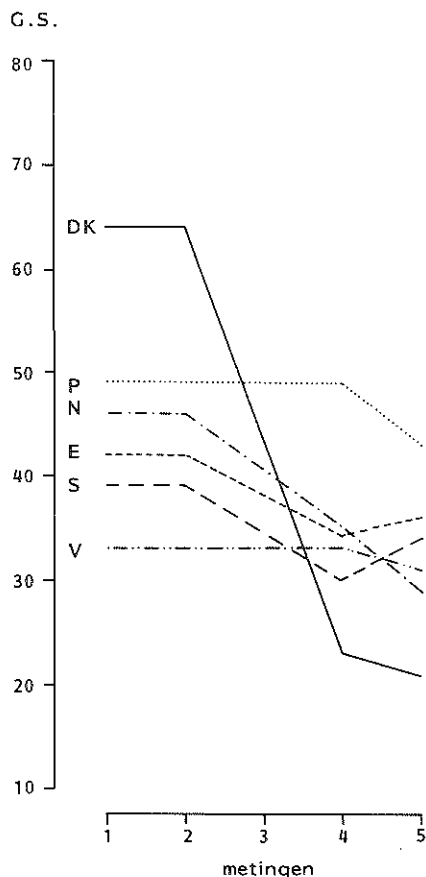
De klachten bestonden uit het langdurig, veelvuldig en op rituele wijze wassen na aanraking van door haar als vies beschouwde zaken. Kliente vermeed stof en hiermee mogelijk in kontakt geweest zijnde goederen, zoals jassen die men heeft aangehad, artikelen in winkels, boeken uit de bibliotheek. Wanneer zij dacht met stof en andere "onhygienische" zaken in aanraking te zijn geweest, waste zij haar handen en gaf zij haar armen en haar gezicht ook een beurt, evenals de kraan en de inmiddels nat geworden omgeving. Daar had kliente ongeveer 10 minuten voor nodig, waarna zij het ritueel niet zelden zolang herhaalde, totdat zij zich niet meer besmet achtte. Verder vond zij vies : vreemde toiletten, vreemde mensen enz. tot aan de wasmiddelen waarmee ze zich schoonmaakte toe. Het dagelijks leven werd dermate belastend, dat ze voor de opname een eind aan haar leven wenste te maken.

Bij opname vermeldde kliente bijna 30 jaar dwang te hebben. Deze begon in een periode kort na de dood van haar vader en een leven van ruzie met inwonende familie. Kliente zou gewend zijn haar zin te krijgen. Lukte dit niet dan volgde een huilbui en hield zij haar adem in om op die wijze haar moeder angst in te boezemen. De dwang kreeg ze voor het eerst in de vorm van het overmatig poetsen, dwelen en wassen van plekken in huis waar de bewuste familie was geweest. Haar echtgenoot, die zij vanaf haar puberteit kende, moest reeds in het begin van het huwelijk allerlei spullen in huis schoonmaken voordat hij naar zijn werk ging. Tijdens de zwangerschappen verergerde de dwang, alsmede bij het overlijden van haar moeder, waarna een klinisch-psychiatrische behandeling noodzakelijk werd. Eveneens een dieptepunt was toen het laatste kind uit huis ging en de dwang zich in alle hevigheid manifesteerde. In haar beleving was het thuis "leeg" en had zij een intense behoefte aan gezelschap van echtgenoot en kinderen. Onder bedreiging van zelfmoord moest haar man zijn werk meermalen verzuimen om haar met de schoonmaak te kunnen helpen.

De resultaten van de residentiele gedragstherapie zoals afgebeeld op Figuur 4.4. (links) zijn als volgt te interpreteren. Er is een zeer sterke afname van de dwangklachten na 13 weken opname en deze bleek bij een follow-up van ruim een half jaar konstant te zijn gebleven. Op de overige variabelen waren weinig veranderingen te zien en voor zover dit het geval is, is de trend over het algemeen gunstig te noemen. Zowel de beginmetingen als de eindmetingen bleven schommelen onder het gemiddelde. Kliente kampt naar alle waarschijnlijkheid met dwangklachten, die geïsoleerd zijn van de rest van het overig psychisch functioneren. Dit zou de enorme vooruitgang in een relatief korte opnametijd kunnen verklaren. Eenzelfde beeld geeft Figuur 4.4. (rechts) te zien, terwijl hier de skores schommelen om en nabij 40. De veranderingen op de schaal negativisme zijn sterk alsmede en stabiel te noemen, mede gezien in het



Figuur 4.4. Getransformeerde Scores (G.S.) van cliënt nr. 27 ♀ (dwang ++) op het criterium en de therapievariabelen over de vijf metingen.



- DK - Dwangklachten
- AK - Algemene Klachten
- RD - Rationeel Denken
- FR - Fysiologisch Reageren
- AH - Assertief Handelen
- ZA - Zelfaktualisatie
- N - Negativisme
- S - Somatisering
- V - Verlegenheid
- P - Psychopathologie
- E - Extraversie

licht dat verlaging zich ook bij follow-up heeft voortgezet.

4.4.2. Nr. 85 (--) : Twijfeldwang

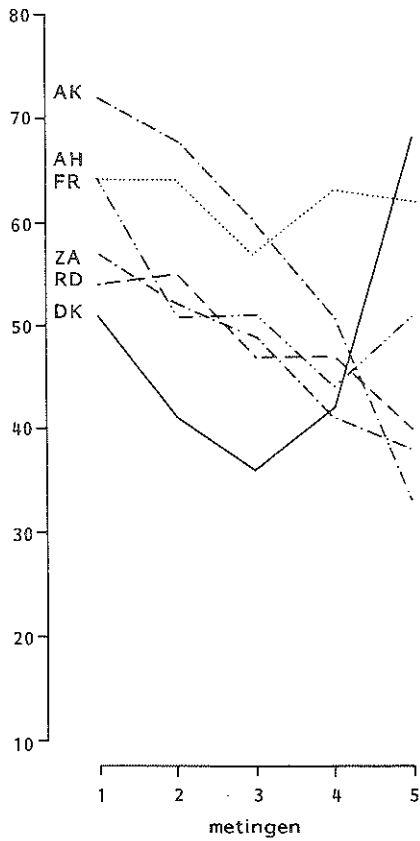
Kliente is een goed verzorgd uitziende getrouwde vrouw van achter in de twintig, sekretaresse van beroep en afkomstig uit een bemiddeld gezin. Bij opname had ze een uitkering krachtens de WAO. Voor de opname was ze reeds eerder poliklinisch behandeld en was ze reeds tweemaal in een psychiatrische kliniek opgenomen geweest. Zij kwam op verwijzing van een Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie, alwaar vanwege de ernst van de klacht van ambulante behandeling werd afgezien.

De klachten hielden in, het keer op keer terugkrijgen van (obsessieve) beelden dat ze op straat een baby vindt die ze iets aan zou doen. In de voorstelling zag zij hoe ze een baby onder een auto of vrachtauto gooide of schopte, waarna de baby werd meegesleept, gewond raakte en ergens bleef liggen. Om zich ervan te vergewissen dat ze dit niemand heeft aangedaan, ook niet indirekt, doordat ze iemand onder het rijden per ongeluk heeft aangestoten, moest ze telkenmale terugdenken aan de volgorde der vermeende gebeurtenissen. Soms ging ze daadwerkelijk terug naar de plek waar ze het ongeluk zou hebben veroorzaakt om te controleren of er werkelijk niets gewelddadigs is geschied. Tevens was kliente geobsedeerd door beelden waarin zij tegen te vondeling gelegde baby's aan loopt, bijv. in het grasveld of aan de kant van de weg, zodat ze langdurig piekerde om zich ervan te vergewissen dat dit niet het geval was. Voorts had ze beelden waarin kinderen met messen werden doodgestoken, waarna ze haar echtgenoot vroeg haar gerust te stellen.

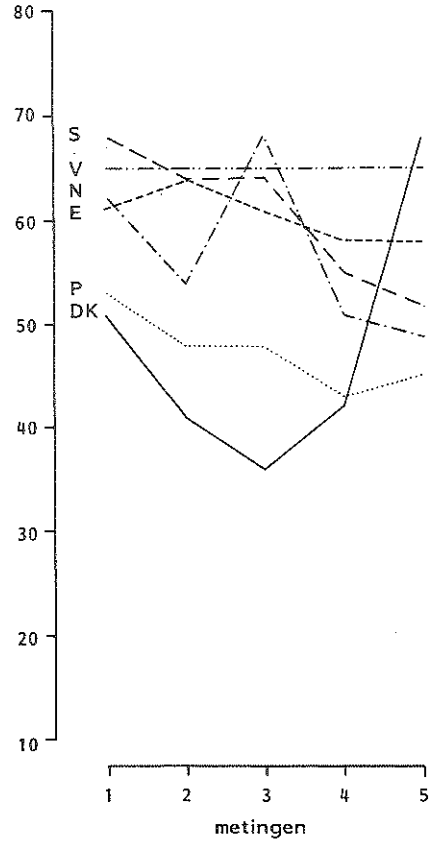
Voor het eerst kreeg kliente deze dwangbeelden als tiener, bij opname, ongeveer 15 jaar geleden, nadat zij bij moeder in de auto gezien heeft hoe iemand een hond aanreed. Zij karakteriseerde haar moeder als een overbezorgde vrouw waar zij niet tegenop kon en tegenover wie ze zich passief-afhankelijk opstelde. Met vader had kliente nagenoeg geen contact, terwijl zij zijn oogappel moest zijn geweest, bij wie zij best "een potje kon breken". Zij had thuis geleerd zich "beheerst" te gedragen. De dwang verdween spontaan en keerde terug toen kliente van de middelbare school afkwam, terwijl ze auto reed. Zij begon in de spiegel te kijken of zij misschien hulpeloze mensen heeft aangereden, zoals bejaarden, kinderen en baby's. Kort ervoor raakte een voor haar serieuze verlovings uit. Kliente voelde zich in de steek gelaten, terwijl een bruiloft in het vooruitzicht gesteld was. Enkele jaren later trouwde ze met een ander. Over haar partnerkeuze is zij achteraf niet zeker. Door een te groot verschil in interesses kwamen haar romantische verwachtingen over het huwelijk niet uit. Echtgenoot had het van haar dwang sterk te verduren, omdat hij haar moest geruststellen. Kliente stelde te weinig aandacht van hem te krijgen. Vermeldenswaard is dat de klachten in de overgangssituaties (van lagere school naar de middelbare school, van thuis wonen naar alleen wonen en van alleen zijn naar samen zijn), waren toegenomen.

Over het algemeen scoort kliente op Figuur 4.5. zowel links als

G.S.



G.S.



Figuur 4.5. Getransformeerde Scores (G.S.) van cliënt nr. 85 ♀ (dwang --) op het criterium en de therapievariabelen over de vijf metingen.

- DK - Dwangklachten
- AK - Algemene Klachten
- RD - Rationeel Denken
- FR - Fysiologisch Reageren
- AH - Assertief Handelen
- ZA - Zelfaktualisatie
- N - Negativisme
- S - Somatisering
- V - Verlegenheid
- P - Psychopathologie
- E - Extraversie

rechts over de gehele linie boven het gemiddelde. In Figuur 4.5. (links) is af te lezen dat de dwangklachten aanvankelijk belangrijk afnamen, tot aan de tussenmeting, maar bij ontslag, na 35 weken weer op het nivo van de opname kwam en bij follow-up van ongeveer een half jaar in vergelijking tot de voormeting zijn toegenomen. Er zijn belangrijke verbeteringen te constateren in het rationeel denken, het fysiologisch reageren, alsmede in "zelfaktualisatie". Algemene klachten zijn sterk afgenomen vanaf de voormeting tot aan de follow-up. Opvallend is dat er geen vermindering van assertiviteit is opgetreden hetgeen de mogelijke verklaring vormt van de terugval. Figuur 4.5. (rechts) laat zien dat cliënte in negativisme en somatisering ten gunste is veranderd, beide naar het gemiddelde van 50, terwijl de overige factoren ongeveer gelijk zijn gebleven. Opgemerkt zij dat verlegenheid en extraversie betrekkelijk onveranderd zijn gebleven, hetgeen de reeds eerder geopperde mogelijkheid dat de toename van de dwangklachten toe te schrijven is aan het tekort aan de vaardigheid zich emotioneel te uiten.

4.4.3. Nr. 82 (+-) : Fobische dwang

Kliente is een getrouwde huisvrouw en huismoeder van tegen de dertig jaar. Echtgenoot heeft een functie als lagere employe bij de overheid. Ze was eerder in ambulante behandeling geweest bij een psychiater en een psycholoog. De laatste verwees haar naar de AG.

De klachten bestonden uit de obsessieve gedachte zelfmoord te zullen plegen door middel van ophanging. Deze dwanggedachten kwamen bij haar op wanneer ze in situaties verkeerde waarin de mogelijkheid hiertoe aanwezig was, bijvoorbeeld in ruimten waar balken of uitsteeksels zijn waaraan een touw met een lus te bevestigen is. In de loop van de tijd heeft dit zich uitgebreid naar uiteenlopende situaties, zoals water, waarin zij zich kon verdrinken, plastic zakken, waarin zij kon stikken e.d.. Zij was van te voren al bang dit te zullen doen. Derhalve vermeed ze uiteenlopende plekken waar de genoemde mogelijkheden aanwezig zijn. Vooral als cliënte depressief was en over de zin van het leven twijfelde en het haar allemaal niet meer interesseerde, was zij bang inderdaad een eind aan het leven te zullen maken.

Dwang heeft zij reeds als kleuter gedurende een korte tijd gehad nadat ze te horen kreeg dat haar vader (toen moeder van haar zwanger was), door verdrinking om het leven is gekomen. (Het is niet bekend of hij zelfmoord heeft gepleegd). Met name had ze angst voor bacteriën, zodat ze vuilnisbakken vermeed en in geval van aanraking de handen veelvuldig waste. Overigens had grootvader ook wasdwang. In de puberteit en adolescentie heeft ze te kampen gehad met ziektevrees, i.c. carcinofobie, die te maken kunnen hebben met een problematische relatie met haar moeder, waar ze niet tegenop kon. Vrees verdween nadat ze het ouderlijk huis had verlaten om in het huwelijk te treden. De huidige obsessieve klachten bestaan een jaar en kwamen op, enkele weken na ruzie met haar echtgenoot, die ze beschreef als een driftige man, en een geslaagde zelfmoord door ophanging van een kennis, met vergelijkbare problemen in het huwelijk. Ze

kreeg voor het eerst de dwanggedachten : "Als ik dat maar nooit doe" en "Als ik maar niet zo in de put raak ...". Enige tijd later kreeg cliënte door een val tijdens een gymnastiekoefening een nekfractuur op grond waarvan zij in het ziekenhuis moest worden opgenomen. Daar de nekwerfels waren verschoven werd er gedurende een aantal weken traktie op de halswervels toegepast. Bij thuiskomst laaide de obsessie in alle hevigheid op, vooral in het geval cliënt haar boosheid ten opzichte van haar man (die voor zijn hobby veel afwezig was) opkropte en zij zichzelf wegcijferde, o.a. over zich heen liet lopen door haar familieleden. In toenemende mate raakte ze depressief hetgeen tot uiting kwam in negatieve gedachten, over zichzelf, haar omgeving en de toekomst.

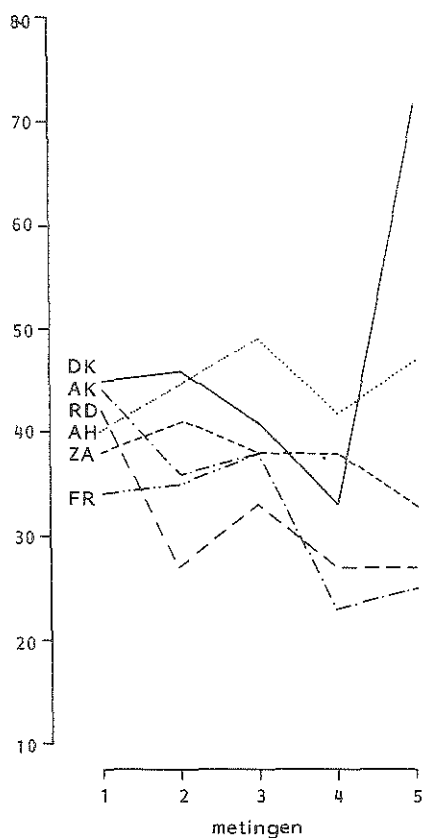
Zoals in Figuur 4.6. (links) valt af te lezen, is er sprake van een effect op korte termijn : een afname van de dwangklachten bij het ontslag in vergelijking tot de opname en een forse toename bij follow-up van ruim een half jaar. Daarentegen zijn er belangrijke verbeteringen te konstateren in de overige klachten (waaronder depressie) en in het rationeel denken. Nauwelijks veranderd is het subassertief handelen, hetgeen gezien de problematiek een mogelijke verklaring is voor de terugval in de dwangklachten. Figuur 4.6. (rechts) geeft over het algemeen onveranderde skores te zien. De variabele negativisme vertoont echter een bedenkelijke toename tot aan bijna het gemiddelde.

4.4.4. Nr. 60 (-+) : Twijfeldwang

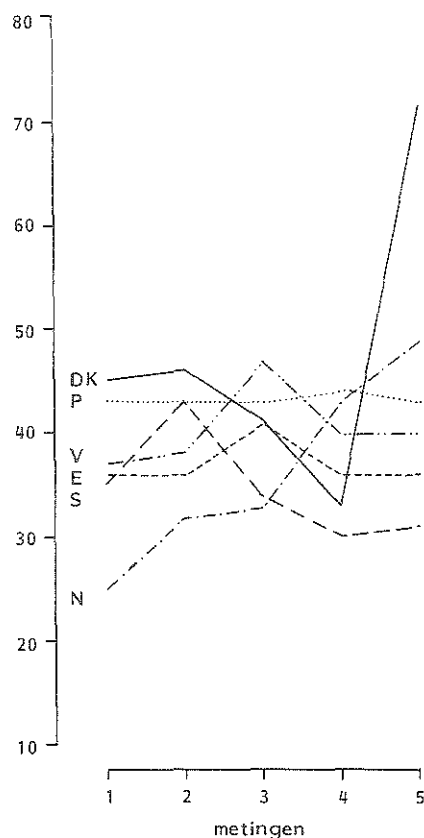
Klient is een ongehuwde jongeman van begin 20 jaar die bij zijn ouders woont en werkzaam was als geschoolde arbeider. Bij opname genoot hij een uitkering krachtens de ziektewet. Hij was gedurende korte tijd opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis en intensief en langdurig ambulant behandeld door een psycholoog en een psychiater. Hij kwam op verwijzing van de hem behandelende psychiater.

De klachten bleken complex van aard te zijn. Doordat cliënt zich ervoor geneerde, had hij grote moeite deze te verwoorden en uit te leggen. Deze kwamen erop neer dat hij vooral last had van dwangdenken : het gedurende de hele dag door telkens weer herhalen van alledaagse en triviale gedachten die hij zich ook letterlijk verbeeldt, bijv. : het meermalen noemen en zien van de naam van een kennis. Op grond van deze activiteiten was hij bang geworden een lichamelijk letsel, met name aan zijn ogen op te lopen, hetgeen de spanning alleen maar deed toenemen en de dwang bijgevolg verergerde. Ook dacht hij dat mensen, bijv. moeder of vader, iets kon overkomen, wanneer hij ze lang zou aankijken. Het langdurig kijken naar een voorwerp of gebouw zou een brand kunnen veroorzaken. Gevaarlijke voorwerpen, zoals spelden, messen en scharen, beangstigden hem. Mocht een ongeluk hiermee gebeuren dan is het zijn schuld. Zag hij langs de weg een mogelijk gevaarlijk voorwerp, dan voelde hij zich verplicht dit weg te halen, waardoor hij zijn werk niet meer naar behoren kon uitvoeren. Voorts was er sprake van dwanghandelingen in de vorm van het op rituele wijze dicht doen van deuren en het zich aankleden. Om maar niet te hoeven denken bleef hij zo lang mogelijk in bed liggen en

G.S.



G.S.



Figuur 4.6. Getransformeerde Scores (G.S.) van cliënt nr. 82 ♀ (dwang +-) op het criterium en de therapievariabelen over de vijf metingen.

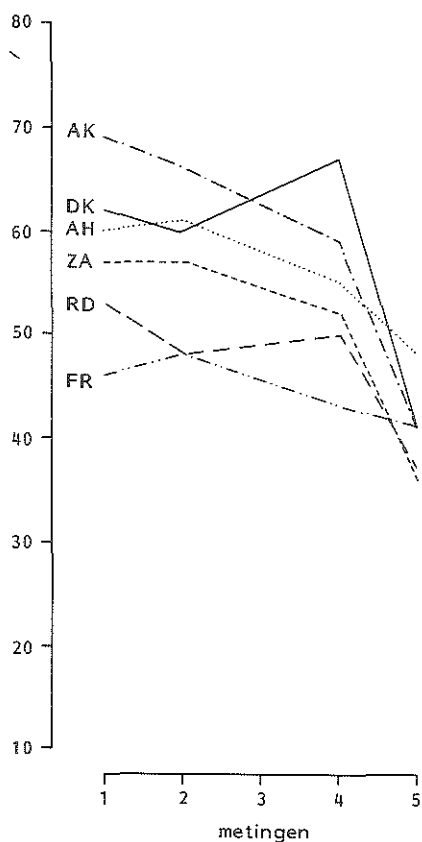
- DK - Dwangklachten
- AK - Algemene Klachten
- RD - Rationeel Denken
- FR - Fysiologisch Reageren
- AH - Assertief Handelen
- ZA - Zelfaktualisatie
- N - Negativisme
- S - Somatisering
- V - Verlegenheid
- P - Psychopathologie
- E - Extraversie

verviel hij over de gehele linie in een deprimerende passiviteit.

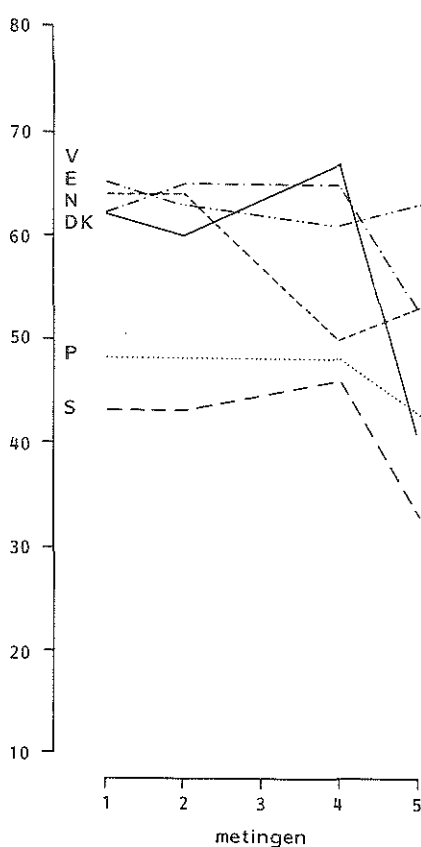
Zolang hij zich kon herinneren was de sfeer thuis (met zijn ouders en jongere broer) gespannen, met name doordat de ouders veelvuldig ruzie met elkaar hadden. Moeder was verschillende keren wegens depressieve klachten en een tentamen suicide opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis, om welke reden klient vaak aan zijn lot was overgelaten. In het konflikt fungeerde hij doorgaans als buffer tussen hen, ofschoon hij (noodgedwongen) partij koos voor zijn moeder die niet tegen zijn vader op kon, en die niet zelden haar verdriet bij hem uithuilde. Verschillende keren had klient, die in de buurt als driftig bekend stond, zijn vader geslagen. Uiteindelijk kon klient toch niet tegen vader op, zodat hij steeds minder ruzie met hem durfde te maken. Zijn vader karakteriseerde hij als gesloten en agressief, iemand op wie hij in geen geval wilde lijken. Het kwam voor dat klient thuis wekenlang niets zei, omdat hij kwaad was op zijn vader met wie hij in de grond van zijn hart een goede verstandhouding zou willen hebben. Een belangrijke ommekeer in zijn leven was de ontmoeting, met een man van middelbare leeftijd die als beschermer van klient optrad en die een dusdanige invloed op de klient zou hebben gehad dat hij zich met name seksuele handelingen tegen zijn zin liet welgevallen. Het begin van de klachten, aanvankelijk in de vorm van een wantrouwende houding en sociale angst viel samen met een eskalatie van de problematiek thuis. Het dwangdenken dat 2 jaar bestond, kwam op in een periode dat hij zich ongewenst beïnvloed achtte in het kontakt met de voor hem belangrijke relatie bij wie hij in toenemende mate zijn toevlucht zocht. Het resultaat van de dwang was dat de ouders samen in hun machteloosheid ten aanzien van de klachten meer solidair zijn geworden en de aandacht hebben gericht op hun zoon, die op zijn beurt via de dwang thuis de regie leek te kunnen voeren.

Figuur 4.7. (links) geeft te zien dat de dwangklachten, na aanvankelijk bij ontslag na 24 weken opname, wat zijn toegenomen, bij follow-up van ruim een half jaar belangrijk zijn afgenomen. Over het algemeen is dezelfde trend te konstaten bij de overige factoren in volgorde van belangrijkheid : overige klachten, "zelfaktualisatie", assertief handelen, rationeel denken en fysiologisch reageren. Alle zijn bij follow-up uiteindelijk in vergelijking met de startwaarden voormeting en opnamemeting beneden het gemiddelde van 50 gekomen. In Figuur 4.7. (rechts) is te zien dat de grootste veranderingen optreden bij extraversie en negativisme. Met betrekking tot verlegenheid en psychopathologie zijn geen belangrijke verbeteringen te konstaten, hetgeen gezien de sociale angst en het wantrouwen ongunstig is te noemen. Ook hier valt in het algemeen de tendens op dat verbetering pas optrad na ontslag, zodat gesproken kan worden over een "delayed" of "sleeper" effect, inhoudende de mogelijkheid dat de klient het geleerde pas na ontslag heeft kunnen of willen toepassen.

G.S.

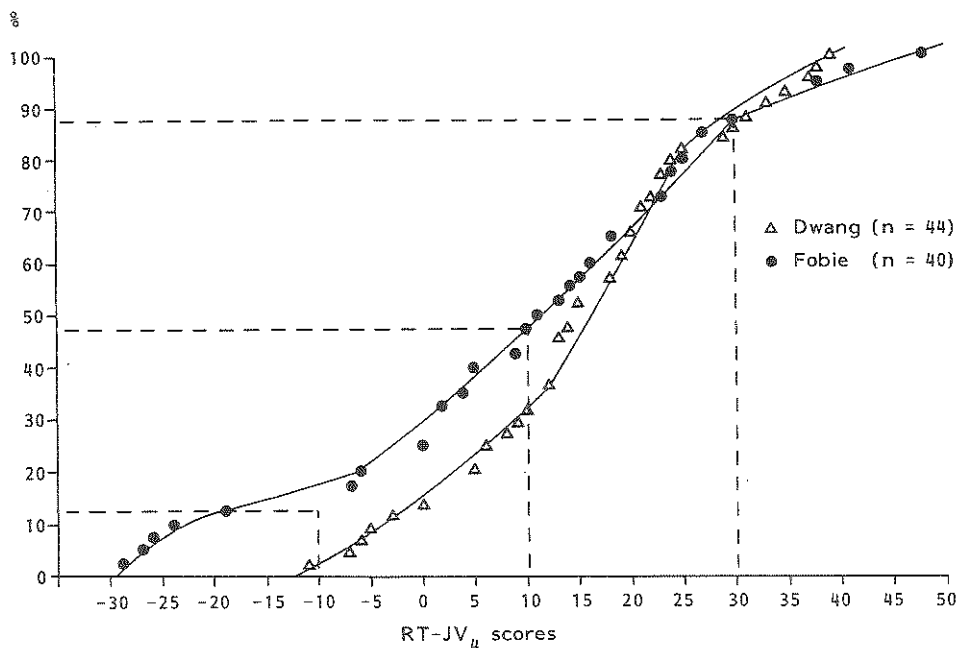


G.S.



Figuur 4.7. Getransformeerde Scores (G.S.) van cliënt nr. 60 (dwang -+) op het criterium en de therapievariabelen over de vijf metingen.

DK - Dwangklachten
 AK - Algemene Klachten
 RD - Rationeel Denken
 FR - Fysiologisch Reageren
 AH - Assertief Handelen
 ZA - Zelfaktualisatie
 N - Negativisme
 S - Somatisering
 V - Verlegenheid
 P - Psychopathologie
 E - Extraversie



Figuur 4.8. Cumulatieve frekwentieverdeling op RT-JV₄ voor fobiekliënten en dwangkliënten.

4.5. Fobiekliënten

De procedure met betrekking tot de bepaling van het effect van behandeling bij fobiekliënten is analoog aan die bij dwangkliënten, zoals in par. 4.4. beschreven, zodat hier volstaan wordt met een beperkte beschrijving. Als criterium geldt de relatieve verandering zoals gemeten door middel van de JVI, waarbij de volgende formules van toepassing zijn :

$$RT-JV4 = ((T-JV2 - T-JV4)/T-JV2) * 100$$

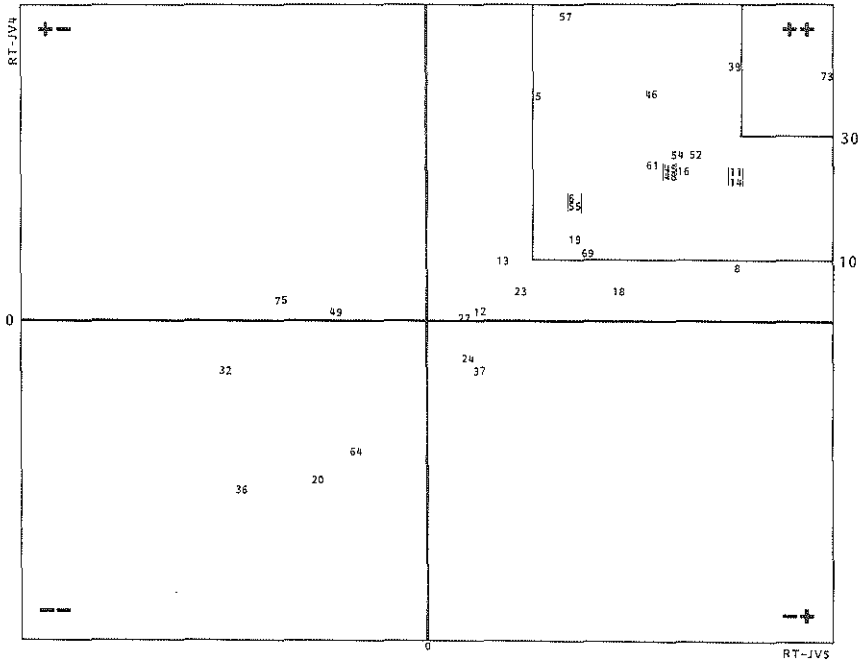
$$RT-JV5 = ((T-JV2 - T-JV5)/T-JV2) * 100$$

Bij de follow-up meting van fobiekliënten is het aantal cliënten afgenomen van 44 naar 31.

De kumulatieve percentageverdelingen van de resultaten op de RT-JV4 scores zijn in Figuur 4.8. weergegeven voor zowel fobiekliënten als dwangkliënten. Voor interpretatiedoeleinden zijn de volgende scheidingspunten aangehouden (zie Figuur 4.8.) :

	RT-JV4	≤ -30	Sterk achteruitgegaan
-30 <	RT-JV4	≤ -10	Achteruitgegaan
-10 <	RT-JV4	≤ 10	Gelijk gebleven
10 <	RT-JV4	< 30	Vooruitgegaan
30 <	RT-JV4		Sterk vooruitgegaan

Op het eerste gezicht hebben de fobieklanten lagere RT-JV4 scores in vergelijking tot dwangklanten aangenomen. Toetsing met behulp van de Mann-Whitney test gaf geen significant verschil. Van de fobieklanten is niemand sterk achteruitgegaan, 5 zijn achteruitgegaan (12.5 %), 14 gelijk gebleven (35 %), 16 vooruitgegaan (40 %) en 5 sterk vooruitgegaan (12.5 %).



Figuur 4.9. RT-JV₄ in relatie tot RT-JV₅ bij fobiekliënten.
Elk getal vertegenwoordigt een cliënt.
| | - Fobiekliënten met dezelfde waarde.

Wanneer RT-JV4 skores aan RT-JV5 skores worden gerelateerd, komen de volgende kwadranten naar voren (zie Figuur 4.9.) :

Kwadrant	f	%	
I (+-)	2	16	: Uiteindelijk achteruitgegaan
II (++)	23	78	: Konsistent vooruitgegaan
III (--)	4	3	: Konsistent achteruitgegaan
IV (++)	2	3	: Uiteindelijk vooruitgegaan

Inspektie van Figuur 4.9. rechtvaardigt de konklusie dat het merendeel van de totale groep van fobieklienten (n=31) in het kwadrant valt van degenen die vooruitgegaan zijn. Wanneer de volgende normen als scheidingspunten hierop worden toegepast :

0 < RT-JV4 en RT-JV5 < 10	Gelijk gebleven
10 < RT-JV4 en RT-JV5 < 30	Vooruitgegaan
30 < RT-JV4 en RT-JV5	Sterk vooruitgegaan

dan is er sprake van een stabiel positief effect bij 17 klienten (55 %). (16 (52 %) zijn vooruitgegaan en 1 (3 %) is sterk vooruitgegaan). 2 Klienten zijn konsistent achteruitgegaan (6 %) en 12 klienten (39 %) zijn gelijk gebleven*.

In de volgende paragrafen worden klienten uit de kwadranten beschreven, Achtereenvolgens komen klient nr. 73 (++), nr. 36 (--) en nr. 49 (+-) aan de orde. Aangezien de klient die tot de kategorie "uiteindelijk vooruitgegaan" (++) behoort, niet duidelijk is veranderd, is afgezien van een beschrijving. Om de figuren behorende bij de casussen beter te kunnen interpreteren zij verwezen naar Tabel 4.XV. waarin de theoretische maksima en minima van de getransformeerde skores op de verschillende variabelen zijn opgetekend.

4.5.1. Nr. 73 (++) : Sociale fobie

Klient, tekenaar van beroep, is een gehuwde man van boven de 30 jaar. De huisarts verwees hem naar de AG. Eerder werd klient behandeld door een neuroloog, psychiater en verscheidene huisartsen, die hem farmacotherapeutisch hebben behandeld.

Zijn hoofdklacht was sociale fobie. Hij sloot zich thuis op en kwam maandenlang niet buiten. Hij vermeed het kontakt met mensen in het algemeen, zoals in het openbaar vervoer en in openbare gelegenheden. In zulke situaties ervoer hij niet zelden paniekaanvallen die gepaard gingen met onder meer duizeligheid, koude rillingen, beklemming op de borst en de

* De "gewichtss fobische" klienten zijn klient nr. 69, 16 en 52, de sociaal fobische klienten zijn klient nr. 12, 55 en 73. Klient nr. 6 is geklassificeerd als specifieke fobie. De overige klienten zijn agorafobici.

gedachte gek te zullen worden. Terwijl hij bang was in de aandacht te zullen komen, kleepte hij zich in felle kleuren. Wanneer hij onder de mensen wilde komen, kreeg hij huilbuien. In de periode voor de opname kwam hij soms dagen niet uit zijn bed. Om de angst te bestrijden en zijn situatie leefbaar te houden nam hij ruim 10 jaar lang allerlei tranquillizers en combineerde hij deze met een overmatig drankgebruik en soft drugs.

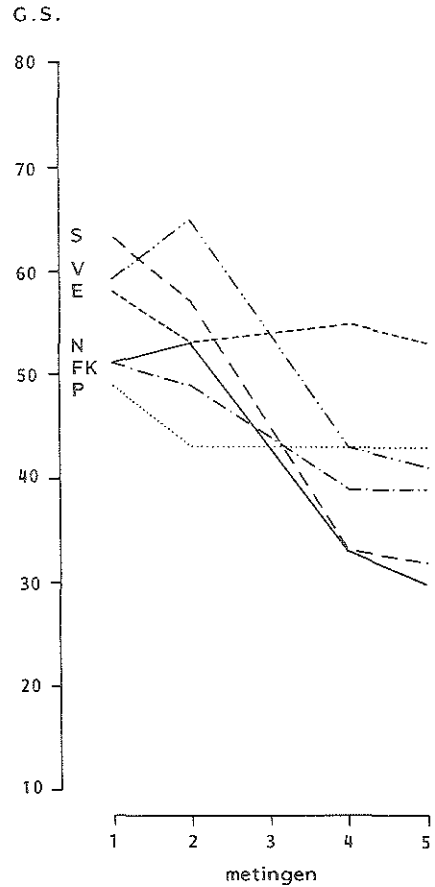
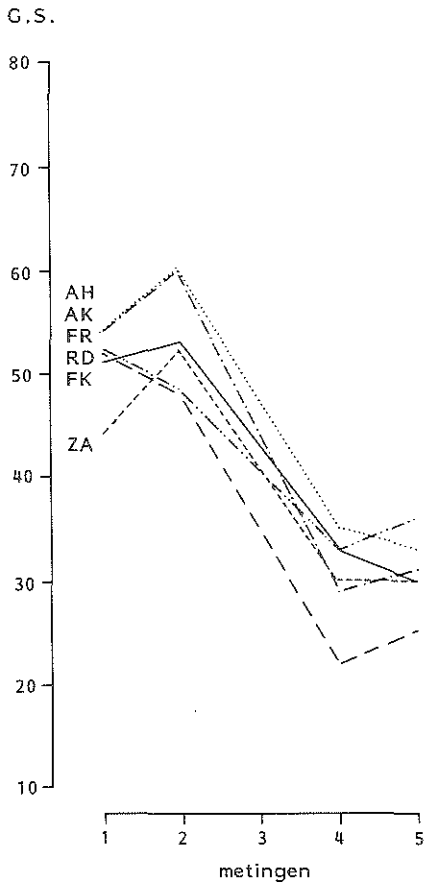
De angst begon ruim 15 jaar geleden met het piekeren in bed, over wat nu eigenlijk normaal en abnormaal is. Wanneer hij geen oplossing vond brak het angstzweet hem uit, voelde hij zich beverig en kreeg hij krampen in de borst. Als antecedente faktor is aan te wijzen dat hij kort ervoor van zijn moeder te horen kreeg dat zijn huidige vader in werkelijkheid zijn stiefvader is.

Figuur 4.10. (links) geeft te zien hoe de klient over het algemeen op de beschikbare variabelen is vooruitgegaan (met gemiddeld 20 a 30 punten) tot ca. 30 bij een opnameduur van 10 weken. De fobische klachten zijn met 20 punten afgenomen. Follow-up van langer dan een half jaar duidt op een stabiele vooruitgang. In Figuur 4.10. (rechts) is te zien dat er weinig veranderingen zijn opgetreden op de schalen extraversie en ernstige psychopathologie. Grote veranderingen ten gunste zijn te constateren met betrekking tot somatisering, verlegenheid en negativisme, welke bij follow-up eveneens stabiel zijn gebleven. Duurzame vooruitgang op fobische klachten gaat kennelijk gepaard met verbetering over de gehele linie op de overige parameters, bij een beginscore van ca. 50.

4.5.2. Nr. 36 (--) Agorafobie

Kliente is een getrouwde vrouw van begin 20 jaar met 1 kind. Echtgenoot funktioneert als middelbaar employe in het bedrijfsleven. Klient krijgt een uitkering via de WAO. Zij was een klein half jaar voor dezelfde klachten opgenomen geweest. Voordien was zij bij een zenuwarts in ambulante behandeling. Zij kwam op verwijzing van de huisarts na opmerkzaam gemaakt te zijn door de Stichting Fobieclub Nederland, waar zij lid van was.

De klachten bestonden uit angst met paniekaanvallen voor het vermeend krijgen van een hartinfarkt, welke aangewakkerd werd door pijn op de borst uitstralend naar de linker schouder en arm. In de loop van de tijd kon kliente reeds angstig geraken wanneer zij ergens het minste of geringste steekje voelde. Dan werd zij draaierig, misselijk en dacht zij neer te zullen vallen, zodat zij niet meer durfde te lopen. Kliente vermeed elke inspanning en at ook geruime tijd geen vet meer om het risico van een hartaanval zoveel mogelijk te beperken. Welhaast alles wat haar kon doen denken aan de dood, zoals overlijdensberichten in de krant, konden voor haar een aanleiding zijn in paniek te raken. Zij durfde op het laatst niet meer alleen te zijn of de deur uit te gaan, zodat de echtgenoot genoodzaakt was veelvuldig ziekteverlof op te nemen om haar gezelschap te houden, te helpen met boodschappen doen en hun kind op te vangen. Herhaald medisch onderzoek o.a. bij een cardioloog en neuroloog, heeft



Figuur 4.10. Getransformeerde Scores (G.S.) van cliënt nr. 23 σ (fobie ++) op het criterium en de therapievariabelen over de vijf metingen.

FK - Fobische Klachten
 AK - Algemene Klachten
 RD - Rationeel Denken
 FR - Fysiologisch Reageren
 AH - Assertief Handelen
 ZA - Zelfaktualisatie
 N - Negativisme
 S - Somatisering
 V - Verlegenheid
 P - Psychopathologie
 E - Extraversie

uitgewezen dat de angst voor een ernstige ziekte ongegrond is. Dit heeft haar echter niet gerust kunnen stellen.

De angst bestond bij opname ruim 4 jaar en manifesteerde zich voor het eerst kort na het huwelijk op straat waar cliënte onder het wandelen zich "eng" voelde worden. Enige tijd later overleed een familielid aan een hartkwaal, waarna zij ook bang werd voor haar hart en zij niet meer in een supermarkt in de rij durfde te staan en evenmin durfde te reizen met het openbaar vervoer. Na de geboorte van haar kind werd de angst nog sterker, waarna een klinisch psychiatrische behandeling werd geïndiceerd. Er is een mogelijk verband tussen de fobische klachten en de huwelijksrelatie die zij reeds op zeer jonge leeftijd aanging. Er zou een voor haar merkbaar milieuverschil zijn, zodanig dat zij moeite had bij haar schoonfamilie te zeggen hoe ze over de dingen dacht. De loyaliteiten naar het eigen ouderlijk gezin vormen vaak stof voor echtelijke conflicten die hoog konden oplopen. Echtgenoot ervoer zij als iemand die haar overspoelt met goedheid waar zij eigenlijk niet tegen op kan en waar zij "schoon genoeg" van heeft. Naarmate de therapie vorderde bleek zij reeds vanaf het begin van het huwelijk twijfel te hebben over haar partnerkeuze. Cliënte trouwde na een jaar verkering omdat het paar een woning aangeboden kreeg en voordat zij het beseft was zij in verwachting. Het afgelopen half jaar had men geen seksueel verkeer meer vanwege dyspareunie. In het algemeen was er een gebrek aan diepgang in het contact tussen de beide echtelieden, wier communicatie bepaald werd door de fobische klachten, en op grond waarvan cliënte haar echtgenoot naar haar hand leek te kunnen zetten.

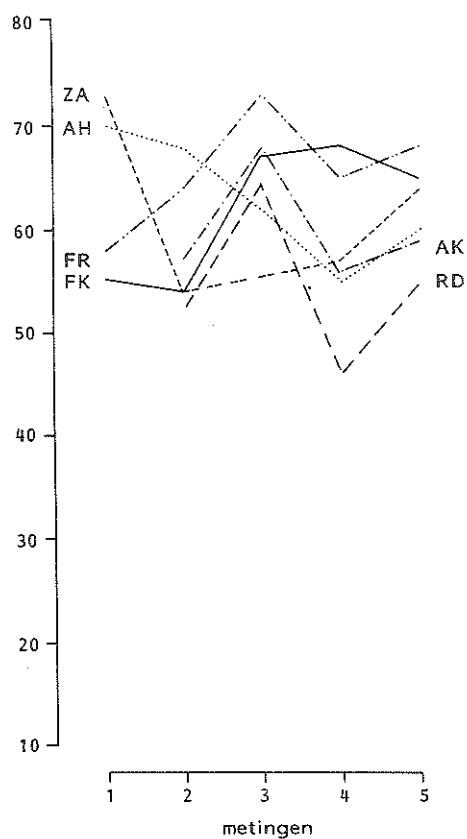
In Figuur 4.11. (links) is te zien dat cliënte over het algemeen hoog scoort bij een voor- en opname meting en dat deze scores bij tussen-, ontslag- en follow-up meting ongeveer gelijk zijn gebleven. De fobische klachten zijn duidelijk toegenomen bij ontslag- en follow-up meting vergeleken met voor- en opname meting. Dit geldt eveneens voor de fysiologische reacties, terwijl het assertief handelen en de zelfaktualisatie uiteindelijk duidelijk is afgenomen, hetgeen vooruitgang inhoudt. Figuur 4.11. (rechts) laat zien dat globaal over de 5 metingen genomen op MMPI nauwelijks veranderingen zijn opgetreden. Cliënte verbleef 35 weken op de afdeling. De wachttijd duurde een klein half jaar. De follow-up periode besloeg meer dan een half jaar.

4.5.3. Nr. 49 (+-) : Agorafobie

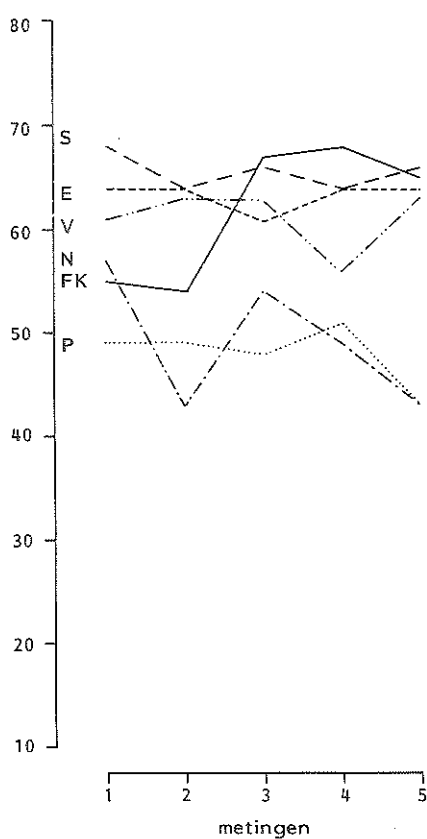
Klient is een gehuwde man van in de veertig, met 2 kinderen. Beroep : bouwvakker. Hij kwam op verwijzing van de huisarts en was nog niet eerder in behandeling geweest.

De klachten waren te rubriceren onder de term hartziektevrees. Er was sprake van hyperventilatie, met verschijnselen als benauwdheid op de borst, hartkloppingen, mondtrekkingen, koude extremiteiten, kramp in de vingers, zware benen, tintelingen, duizeligheid en wazig zien. Deze lichamelijke sensaties werden gekompleteerd met beelden van het in elkaar zakken, sterven aan een hartverlamming en gekreemd worden. Het in een

G.S.



G.S.



Figuur 4.11. Getransformeerde Scores (G.S.) van cliënt nr. 36 ♀ (fobie --) op het criterium en de therapievariabelen over de vijf metingen.

- FK - Fobische Klachten
- AK - Algemene Klachten
- RD - Rationeel Denken
- FR - Fysiologisch Reageren
- AH - Assertief Handelen
- ZA - Zelfaktualisatie
- N - Negativisme
- S - Somatisering
- V - Verlegenheid
- P - Psychopathologie
- E - Extraversie

auto rijden op de snelweg en het alleen zijn of zich bevinden in plaatsen waar in geval van nood moeilijk hulp te vinden is, lokten bij hem angstreacties uit. Heftige angstaanvallen hadden klient, die als kleine zelfstandige werkzaam was, uit de roulatie doen raken. Met zijn klachten wist klient zijn hele omgeving, hulpverleners inkluis, in rep en roer te brengen. De fobische klachten bestonden bij opname ongeveer 4 jaar en zijn begonnen tijdens een vakantie in het buitenland. Kort voor de klachten manifest werden, is hij erachter gekomen dat zijn echtgenote, die op zeer jonge leeftijd met hem was getrouwd, buitenechtelijke verhoudingen had. Klient is zich teleurgesteld gaan afvragen waarvoor hij verder nog zijn best doet en is zich met een "gebroken hart" eenzaam en alleen gaan voelen. Een dergelijke miserabele situatie is klient niet onbekend, daar hij afkomstig is uit een onvolledig gezin en gedetineerd is geweest vanwege geweldsdelikten. Met de fobische angstklachten leek de klient winst te boeken in zoverre hij zijn vrouw hiermede aan zich kon binden en dat hij zich beschermd wist tegen eventuele delikten.

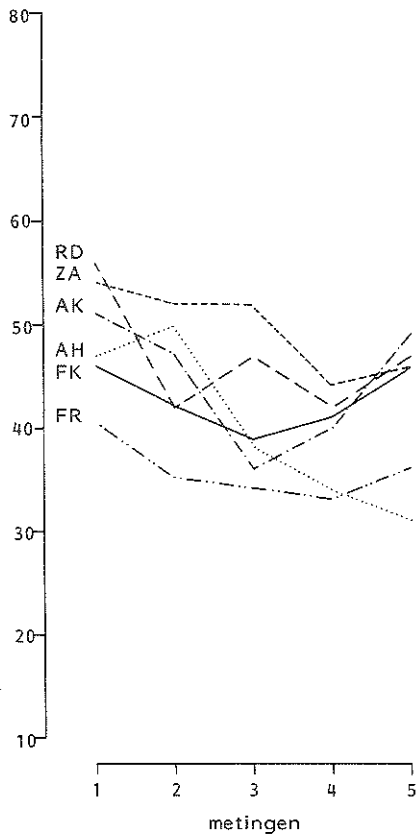
Figuur 4.12. (links) laat zien dat de scores zich over het algemeen bevinden rondom het gemiddelde. In de fobische klacht is klient aanvankelijk tot aan de tussenmeting, duidelijk vooruit gegaan, maar is vervolgens met name bij follow-up van een klein jaar, teruggevallen tot op het nivo van aanmelding. In grote lijnen geldt hetzelfde voor de overige klachten, de fysiologische reacties en het assertief handelen. Zelfaktualisatie is ten gunste van de klient veranderd, maar niet substantieel, hetgeen van het rationele denken wel kan worden gezegd. Over Figuur 4.12. (rechts) kan worden gesteld dat klient met betrekking tot extraversie, verlegenheid en ernstige psychopathologie nauwelijks is veranderd, terwijl hij duidelijk is gaan somatiseren. Dezelfde tendens is te bespeuren te aanzien van negativisme. (De terugval is mogelijk te verklaren vanuit het gegeven dat na ontslag de klient volop verward is geraakt in een echtscheidingsprocedure. De spanningen die hieruit voortvloeiden zijn een reden geweest klient ongeveer anderhalf jaar na ontslag opnieuw op te nemen).

4.6. Dwang en fobie

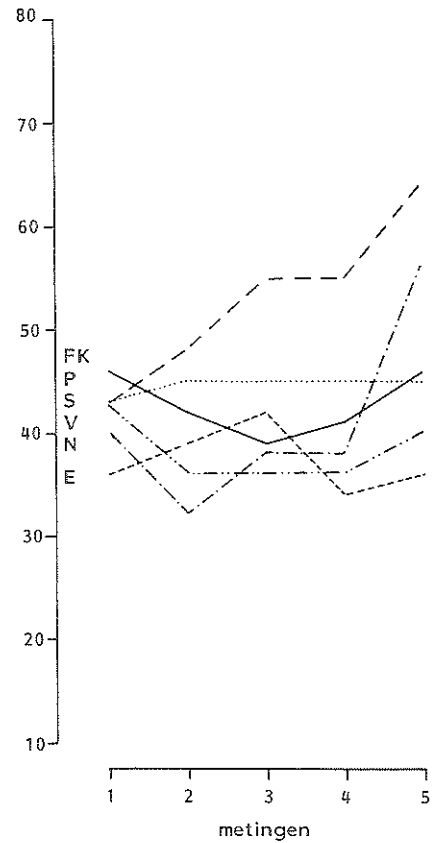
Het zij nogmaals gezegd dat de dwanglijst (IDB) als criterium voor de dwangklienten en de fobielijst (JVI) als criterium voor de fobische klienten is gekozen. In het voorgaande is gebleken dat de relatieve veranderingen hoge interkorrelaties laten zien tussen de dwangklachten en fobische klachten bij fobieklienten en bij dwangklienten. De vraag doet zich voor of dwangklienten fobische klachten hebben en of fobieklienten dwangklachten hebben. En zoja, of veranderingen van deze klachten met elkaar samenhangen.

Om tot de beantwoording van deze vraagstelling te komen is ten eerste gekeken wat de opnamescores van dwangklienten zijn op de JVI met als referentiepunt de opnamescores van fobieklienten. Bij de fobieklienten is gekeken wat de opnamescores zijn op de IDB met als referentiepunt de opnamescores van dwangklienten. Het bleek uit toetsing dat dwangklienten

G.S.



G.S.



Figuur 4.12. Getransformeerde Scores (G.S.) van cliënt nr. 49 ♂ (fobie +/-) op het criterium en de therapievariabelen over de vijf metingen.

- FK - Fobische Klachten
- AK - Algemene Klachten
- RD - Rationeel Denken
- FR - Fysiologisch Reageren
- AH - Assertief Handelen
- ZA - Zelfaktualisatie
- N - Negativisme
- S - Somatisering
- V - Verlegenheid
- P - Psychopathologie
- E - Extraversie

bij opnamemeting niet beduidend lager hebben geskoord op de JVI dan fobie klienten (Mann-Whitney toets, n.s.), terwijl fobieklienten bij de opnamemeting significant lager scoorden op de IDB in vergelijking met de dwangklienten (Mann-Whitney toets, $p < 0.001$).

Ten tweede is nagegaan of de relatieve veranderingen van de dwangklienten bij ontslagmeting op de IDB gerelateerd is met een relatieve verandering op de JVI. Er blijkt een hoge samenhang te bestaan tussen RT-JV4 en RT-DB4 bij dwangklienten ($r = 0.62$, $p < 0.001$). Analooq hieraan is nagegaan of de relatieve verandering van de fobieklienten bij de ontslagmeting op de JVI gerelateerd is met dienovereenkomstige veranderingen op de IDB. Berekeningen geven als uitkomst dat er een tamelijk hoge samenhang bestaat tussen RT-JV4 en RT-DB4 bij fobische klachten ($r = 0.51$, $p < 0.001$). Toetsing op verschil tussen de 2 bovengenoemde korrelaties bleek niet significant.

Samenvattend : Dwangklienten hebben tevens te kampen met fobische klachten, terwijl fobieklienten beduidend minder dwangklachten hebben in vergelijking met dwangklienten. Voorts is de konklusie te trekken dat dwangklienten bij ontslag minder fobische klachten hebben dan bij opname. In mindere mate geldt hetzelfde voor fobieklienten ten aanzien van dwangklachten.

4.7. Tijdsfaktor in de klinische therapie

Een belangrijke doch onvoldoende bestudeerde faktor in psychotherapie is de faktor tijd. Het psychotherapeutisch proces vindt plaats in de tijd. Sommigen beweren dat alleen langdurige therapie effekt kan sorteren. Anderen stellen dat resultaten zich reeds binnen enkele maanden moeten aftekenen, wil het verloop verder nog suksesvol zijn. Eysenck (1966) stelde dat tweederde van de in ambulante therapie zijnde klienten ook spontaan kunnen verbeteren alleen door er voldoende tijd overheen te laten gaan. De terugkerende intrigerende vraag is of behandelingsduur op enigerlei wijze van invloed is op de resultaten, met name van de hier toegepaste residentiele gedragstherapie. Het gaat om de volgende nader gespecificeerde vragen :

- (1) Is het effekt van de residentiele therapie bij ontslag en follow-up reeds na 12 weken aanwezig ?
- (2) Is het verschil tussen ontslagmeting en tussenmeting voorspelbaar op grond van tussenmeting ?
- (3a) Zijn er substantiele veranderingen op de kriterium waarden gedurende de wachttijd opgetreden ?
- (3b) Heeft de wachttijd voorspellende waarde voor het effekt bij ontslag en follow-up ?
- (4a) Is er stabilisering, vooruitgang of achteruitgang bij follow-up in vergelijking tot opname- en ontslagmeting ?
- (4b) Is het uiteindelijke resultaat bij follow-up (in vergelijking met ontslag) te voorspellen door de opnameduur, resp. door de lengte van follow-up ?

In het navolgende wordt een poging gedaan de gestelde vragen te beantwoorden. Vooraf dient men een idee te hebben van de tijdsspanne tussen voormeting en ontslagmeting. In Tabel 4.XVI. zijn de gemiddelde skores en standaard deviaties van de wachtperiode, opnameperiode en follow-up periode in weken gepresenteerd (zie Tabel 4.XVI.).

Tabel 4. XVI. Gemiddelde Skores en Standaard Deviaties van de Wachtperiode, Opnameperiode en Follow-up-periode in Weken.

Periode	Dwang		Fobie	
	M	Sd	M	Sd
Voor - Opname	15	7	16	13
Opname - Ontslag	27	11	30	10
Ontslag - Follow-up	30	10	30	6

4.7.1. Effect en behandelingsduur

De opgenomen klanten zijn 12 weken nadat ze de klinische multimodale gedragstherapie hebben gevolgd, onderworpen aan een tussenmeting (meting 3). Uit efficiency overwegingen is het van belang te onderzoeken of het effect bij ontslagmeting (meting 4) reeds is bereikt bij tussenmeting (vraagstelling 1). Om na te gaan of het effect van de residentiele therapie bij ontslag en follow-up reeds na 12 weken aanwezig is, zijn de relatieve veranderingsskores op de criteria bij tussenmeting, ontslagmeting en follow-up meting bepaald (zie Tabel 4.XVII.).

Tabel 4.XVII. t-Toets van Paarsgewijze Vergelijkingen op de Relatieve Veranderingsskores tussen Meting 3 en 4, en tussen Meting 3 en 5 op de Criteria IDB en JVI.

Kriterium	n	M	Sd	T	p (tweezijdig)
RT-DB3	36	15	17	-3.79	<0.001
RT-DB4		24	17		
RT-DB3	27	18	18	1.43	ns
RT-DB5		10	32		
RT-JV3	36	5	13	-4.27	<0.001
		12	17		
	29	5	13	-2.91	<0.01
		12	17		

RT-JV4
RT-JV3
RT-JV5

Zoals in Tabel 4.XVII. is te zien, geldt dat dwangklienten over het algemeen op de dwangvragenlijst bij ontslag veel beter skoren dan na 12 weken. Er is geen verschil tussen de skores bij follow-up en na 12 weken, inhoudende dat er sprake is van een terugval vergeleken met het resultaat bij ontslag. Het is gebleken dat het positief effekt bij ontslagmeting in vergelijking tot die van de tussenmeting voor fobieklienten op de JVI bij follow-up bestendig was.

4.7.2. Voorspelbaarheid effekt door tussenmeting

Verder is de vraag gesteld of het effekt bij tussenmeting een voorspellende waarde heeft voor het effekt bij ontslag (vraagstelling 2). Tensinde dit na te gaan is voor de klienten de diskrepantie (D) tussen de relatieve veranderingen (R) op de tussen- en ontslagmetingen van dienovereenkomstige getransformeerde skores (T) van het criterium IDB (DRT-DB3,4), voor dwangklienten resp. JVI (DRT-JV3,4) voor fobieklienten, berekend volgens de formules :

$$DRT-DB3,4 = RT-DB3 - RT-DB4$$

$$DRT-JV3,4 = RT-JV3 - RT-JV4$$

Vervolgens zijn deze skores gerelateerd aan het tijdsverloop (in termen van weken) tussen tussenmeting en ontslagmeting. Klienten die hun ontslagmeting tussen de 6e en 18e week van de opneming hebben gehad (n,dwang= 15; n,fobie= 8), zijn uit dit onderzoek weggelaten, doordat er van hen geen tussenmeting was.

Het is gebleken dat er geen samenhang bestaat tussen de veranderingen geboekt bij tussenmeting en de veranderingen geboekt bij ontslagmeting op de kriteria. Dit neemt echter niet weg dat er wel degelijk een verschil in effekt is (in de relatieve verandering) en wel ten gunste van ontslagmeting, doch dit is niet voorspelbaar op grond van de tijdsduur tussen tussenmeting en ontslag en bijgevolg tussen opname en ontslag. Derhalve mag worden gekonkludeerd dat het effekt van de klinische multimodale gedragstherapie, dat na 12 weken minder gunstig is dan bij ontslag, geen samenhang vertoont met de opnameduur.

4.7.3. Verandering in de wachtperiode

Daar het aantal aanmeldingen en indikaties voor een residentiele behandeling op de AG groter is dan dat er plaatsen beschikbaar zijn, wordt noodzakelijkerwijze gewerkt met een wachtlijst. De vraag dringt zich op of de duur van de wachtperiode van invloed is op de kriteria (vraagstelling 3a) en of de wachttijd voorspellende waarde heeft voor het effekt bij ontslag en follow-up (vraagstelling 3b). Ter beantwoording van de vraagstelling worden meting 1 (intake) en meting 2 (opname)

de loop genomen. Voor de dwangklienten resp. fobieklienten zijn de getransformeerde relatieve veranderingsscores tussen meting 1 en 2 berekend volgens de formules :

$$RT-DB1 = ((T-DB1 - T-DB2)/T-DB2) * 100$$

$$RT-JV1 = ((T-JV1 - T-JV2)/T-DB2) * 100$$

86 % Van de dwangklienten en 82 % van de fobieklienten zijn gelijk gebleven (vraagstelling 3a). Er is geen verband tussen veranderingen in de wachtperiode en de resultaten bij ontslag en follow-up (vraagstelling 3b). Bij de onderzochte klienten heeft de wachttijd als zodanig geen substantiele veranderingen op de criteria teweeg gebracht. Evenmin is korter of langer wachten van invloed geweest op het effect bij ontslag dan wel bij follow-up.

4.7.4. Follow-up : Stabilisering, voor- of achteruitgang ?

Een probleem bij iedere vorm van psychotherapie in welke setting dan ook, is dat de klient na verloop van tijd kan terugvallen in het oude klachten patroon. In de literatuur is hieraan recentelijk aandacht besteed (Frank, Hoehn-Saric, Imber, Liberman en Stone 1980). Daarbij valt de nadruk op het zoeken van factoren die de therapie resultaten bestendigen of zelfs verbeteren. Vanuit een multimodale strategie is men op grond van follow-up gegevens juist op het idee gekomen gedurende de therapie op verschillende modaliteiten in te werken en de klient probleemoplossende vaardigheden bij te brengen, teneinde een duurzaam effect te bevorderen (Lazarus 1981). De vraag is of er bij de onderzochte klienten bij follow-up sprake is van stabilisering, vooruitgang, dan wel achteruitgang, in vergelijking tot de opname- en ontslagmeting (vraagstelling 4a). Om tot beantwoording van de vraagstelling te komen is het lange termijn effect voor dwangklienten resp. fobieklienten als volgt vastgesteld :

$$DRT-DB4,5 = RT-DB4 - RT-DB5$$

$$DRT-JV4,5 = RT-JV4 - RT-JV5$$

Het gaat dan om het verschil* tussen de relatieve verandering van meting 4 en die van meting 5 op IDB bij dwang en op JVI bij fobie. De hieruit verkregen waarden worden door middel van scheidingspunten als volgt

* Sprekend over verschillen impliceert een positieve DRT-DB4,5 of DRT-JV4,5 uiteindelijk een achteruitgang ten opzichte van ontslagmeting. En omgekeerd impliceert een negatieve score uiteindelijk een vooruitgang eveneens ten opzichte van ontslagmeting. Dus indien iemand bij meting 4 vooruitgegaan is en bij meting 5 verder vooruitgegaan is, dan is verschil negatief, waardoor gesproken kan worden van een vooruitgang in vergelijking met ontslag.

ingedeeld :

DRT-DB4,5 en DRT-JV4,5 \leq -10	Vooruitgang bij follow-up
-10 < DRT-DB4,5 en DRT-JV4,5 \leq 10	Gelijk gebleven
10 < DRT-DB4,5 en DRT-JV4,5	Achteruitgang bij follow-up

Deze waarden zijn voor zowel dwangklienten als fobieklienten gerelateerd aan de opnamemeting (T-DB2 resp. T-JV2) en de ontslagmeting (RT-DB4 resp. RT-JV4). Het resultaat voor dwangklienten (n=31) is, dat er bij follow-up 13 klienten verder zijn vooruitgegaan. Er zijn 10 stabiel gebleven en 8 teruggevallen klienten. Het resultaat voor fobieklienten (n=31) vertoont een ander beeld. De meerderheid van de klienten (19) heeft bij follow-up het effect zoals bij ontslag is opgetekend. Er zijn 7 teruggevallen klienten. 5 Klienten zijn verder vooruitgegaan.

Tot slot is nagegaan of de duur van de opnemingen en de lengte van de follow-up samenhangt met de resultaten bij follow-up, i.c. DRT-DB4,5 bij dwang en DRT-JV4,5 bij fobie (vraagstelling 4b). Er blijkt voor dwangklienten geen verband te bestaan tussen opnameduur en follow-up resultaten evenmin is er een verband tussen duur van follow-up en resultaten bij follow-up. Eenzelfde beeld is te zien bij fobieklienten. Er is geen verband tussen opnameduur en resultaten bij follow-up, noch een verband tussen lengte van follow-up en follow-up resultaten.

4.8. Referenties

- Eysenck, H.J. (1966) : The Effects of Psychotherapy. New York : International Science Press.
- Frank, J.D., Hoehn-Saric, R., Imber, S.D., Liberman, B.L. en Stone, A.R. (1978) : Effective Ingredients of Successful Psychotherapy. New York : Brunner/Mazel.
- Goldstein, A.P. en Kanfer, F.H. (Eds.) (1978) : Maximizing Treatment Gains : Transfer Enhancements in Psychotherapy. New York : Academic Press.
- Karoly, P. en Steffen, J. (Eds.) (1980) : Improving the Long Term Effects of Psychotherapy : Models of Durable Outcome. New York : Gardner Press.
- Lazarus, A.A. (1981) : The Practice of Multimodal Therapy. New York : McGraw-Hill.
- Nie, N.H. en Hull, C.H. (1981) : SPSS Update : New Procedures and Facilities for Releases 7-9. New York : McGraw-Hill.
- Nie, N.H., Hull, C.H., Franklin, M.N., Jenkins, M.N., Sours, K.J., Norusis, M.J. en Beadle, V. (1980) : SCSS : Akser's Guide to the SCSS Conversational System. New York : McGraw-Hill.
- Westerlaak, J.M., Kropman, J.A., Collaris, J.W.M. (1975) : Beroepenklapper. Nijmegen : ITS.
- World Health Organisation (1977) : Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death -9. Geneva : World Health Organisation.

HOOFDSTUK 5. RESULTATEN VAN HET PROCES ONDERZOEK

5.1. Dwang, fobie en therapievariabelen

In het kader van de gevolgde multimodale strategie is in de verschillende therapeutische activiteiten op de afdeling behalve aan dwang en fobie ook gewerkt aan veranderingen op het gebied van algemene klachten, zelfaktualisatie, rationeel denken, assertief handelen, fysiologisch reageren en persoonlijkheidskenmerken : Negativisme, Somatisering, Extraversie, Verlegenheid en Ernstige Psychopathologie. Terwijl in het vorige hoofdstuk, de individuele klanten, aan de hand van de gestelde criteria, onderzocht werden of zij baat van de behandeling hadden, worden in dit hoofdstuk de klanten aan de hand van de therapievariabelen onderzocht.

Het gaat om de beantwoording van de vraag of en in welke mate er een samenhang bestaat tussen de relatieve veranderingen bij ontslag en follow-up, op de criteria dwang resp. fobie en op de therapievariabelen. Om tot beantwoording van deze vraag te komen, zijn aan de ene kant de relatieve veranderingen van het criterium en aan de andere kant de therapievariabelen bij ontslag en bij follow-up gekorreleerd. De samenhang is maximaal +1.00 en minimaal -1.00. Naarmate de variabelen statistisch minder samenhangen, tenderen de waarden naar 0.00. Slechts aan korrelaties van boven de 0.40 wordt hier een betekenis van redelijk samenhang toegekend. Een redelijke positieve korrelatie betekent dat indien een positieve uitkomst is gevonden op de relatieve verandering van de criteria er eenzelfde tendens op de overige variabelen is aangetoond.

5.1.1. Dwangklanten

Zoals in Tabel 5.I. is te zien, hangen de relatieve veranderingen van dwangklachten bij dwangklanten tijdens ontslag en follow-up positief samen met de relatieve veranderingen van zes therapievariabelen. Bij ontslag met somatisering, assertief handelen, fobische klachten, algemene klachten en zelfaktualisatie. Bij follow-up met fobische klachten en negativisme. D.w.z., een verandering ten gunste op een van de genoemde variabelen gaat gepaard met veranderingen in dezelfde richting op de positief gekorreleerde criteriumvariabelen. Dit betekent dat de doelstelling voor de klinische multimodale gedragstherapie goeddeels is bereikt. Althans bij ontslag, bij follow-up is een deel van het resultaat t.a.v. de therapievariabelen weer teloor gegaan.

5.1.2. Fobieklanten

Op Tabel 5.II. is af te lezen dat de relatieve veranderingen van fobische klachten bij fobieklanten tijdens ontslag en follow-up positief samen hangen met 8 therapievariabelen. Bij ontslag met algemene klachten,

Tabel 5.I. Interrelaties tussen de Relatieve Veranderingen op Dwang (RT-DB) en de Therapievariabelen bij Meting 4 en 5 voor Dwangklënten.

Therapie-variabelen	Dwangklënten			
	RT-DB4	n	RT-DB5	n
1. RT-JV	.62***	44	.54***	28
2. RT-SCL	.55***	34	--	--
3. RT-POI	.40**	35	--	--
4. RT-AMO	--	--	--	--
5. RT-SRQ	--	--	--	--
6. RT-RAS	.64***	43	--	--
7. RT-MMN	--	--	.45**	29
8. RT-MMS	.65***	40	--	--
9. RT-MME	--	--	--	--
10. RT-MMV	--	--	--	--
11. RT-MMP	--	--	--	--

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tabel 5.II. Interrelaties tussen de Relatieve Veranderingen op Fobie (RT-JV) en de Therapievariabelen bij Meting 4 en 5 voor Fobieklënten.

Therapie-variabelen	Fobieklënten			
	RT-JV4	n	RT-JV5	n
1. RT-DB	.51***	40	--	--
2. RT-SCL	.80***	23	.86***	17
3. RT-POI	.48*	23	.58**	17
4. RT-AMO	.62***	24	.65**	17
5. RT-SRQ	.63***	33	.75***	29
6. RT-RAS	.53***	40	.55***	31
7. RT-MMN	--	--	--	--
8. RT-MMS	.40**	39	--	--
9. RT-MME	--	--	--	--
10. RT-MMV	--	--	.41*	30
11. RT-MMP	--	--	--	--

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

psychofysiologische "arousal", rationeel denken, assertief handelen, dwangklachten, zelfaktualisatie en somatisering. Bij follow-up met algemene klachten, psychofysiologische "arousal", rationeel denken, zelfaktualisatie, assertief handelen en psychopathologie. Veranderingen ten gunste van deze variabelen gaan gepaard met veranderingen in dezelfde richting op de positief gekorreleerde criteriumvariabelen. De konklusie is gerechtvaardigd dat duurzame vooruitgang op meer nivo's werd bewerkstelligd. De klinische multimodale gedragstherapie heeft grotendeels aan de doelstelling beantwoord.

5.2. Proces

Teneinde een zo groot mogelijk inzicht te kunnen verkrijgen in het empirisch materiaal wordt ernaar gestreefd de data op "komplementaire" wijze te bewerken, door het therapie-effekt en het therapie-proces op zowel groeps- als individueel nivo te onderzoeken. Dit geschiedt in de hier volgende paragrafen aan de hand van de 12 reeds eerder genoemde therapievariabelen. Bij elk van deze variabelen is uitgegaan van de getransformeerde waarden (T) met een gemiddelde van 50 en een standaard deviatie van 10 met als ankerpunt de opname meting. Telkens wordt de gemiddelde skore per variabele op de metingen 1,2,3,4 en 5 in de figuren aangegeven. De 5 metingen zijn onderling door middel van de t-test voor paarsgewijze vergelijkingen getoetst. Dit teneinde statistische significante verschillen op te sporen en te lokaliseren. Het onder controle houden van de "error rate" per vergelijking impliceert dat deze een functie is van het aantal vergelijkingen. Hoe groter het aantal vergelijkingen, des te groter is de kans dat een of meer vergelijkingen ten onrechte significant worden bevonden. Vandaar dat getoetst wordt op een 0.01 nivo per vergelijking en gekonkludeerd wordt op een 0.05 nivo (zie Kirk 1968). Vanwege het beschrijvend karakter van het onderzoek is tweezijdig getoetst.

Bij het interpreteren van de resultaten is aandacht geschonken aan niet alleen statistische significantie maar vooral aan de omvang van de veranderingen. Wat het laatste betreft is gebruik gemaakt van Cohens (1977) diskriminatie maat (index d) welke is te beschouwen als een gestandaardiseerde maat om de grootte van de veranderingen (verschillen) tussen de metingen te bepalen. Deze wordt als volgt weergegeven :

$$d = (\bar{X}_a - \bar{X}_b) / S_d$$

waarbij :

$$S_d = \sqrt{(S_d^2 a + S_d^2 b) / 2}$$

De index is de ratio van het verschil tussen 2 gemiddelden (\bar{X}_a, \bar{X}_b) en de "pooled" standaard deviaties van de 2 metingen ($S_d a$ en $S_d b$). Cohen (1977, p. 40) beschouwt d van 0.20 als gering, een d van 0.50 als middelmatig en een d van 0.80 als groot. Om redenen van efficiëntie zullen alleen

diskrepanties van $d > 0.50$ worden vermeld.

5.2.1. Dwangklachten

Het verschil op de dwangvragenlijst tussen dwangklachten en fobieklachten is in Figuur 5.1. gevisualiseerd. Dwangklachten scoorden zoals mag worden verwacht over de hele linie onmiskenbaar hoger dan fobieklachten. Bij opnamemeting scoorden zij ruim 20 hoger dan fobieklachten (zie Figuur 5.1.).

Voor dwangklachten mag de konklusie worden getrokken dat bij ontslag (in vergelijking met voor- en opnamemeting) een aanzienlijke vooruitgang heeft plaatsgevonden. Deze was bij tussenmeting reeds substantieel. Bij follow-up valt een duidelijke terugval te constateren.

Konform de verwachting is er voor fobieklachten consistent een lichte vooruitgang te constateren vanaf het begin tot aan follow-up (zie Tabel 5.III. voor de d index en het nivo van significanties).

5.2.2. Fobische klachten

Zoals kon worden verwacht zijn de gemiddelde scores van fobieklachten voor alle metingen in het algemeen hoger dan de gemiddelde scores van dwangklachten op de fobievragenlijst, alhoewel deze niet substantieel verschillen. Over de tussenmetingen is op te merken dat deze zich gunstig verhouden tot de opnamemetingen. Er valt consistent een lichte vooruitgang te constateren (zie Figuur 5.2.).

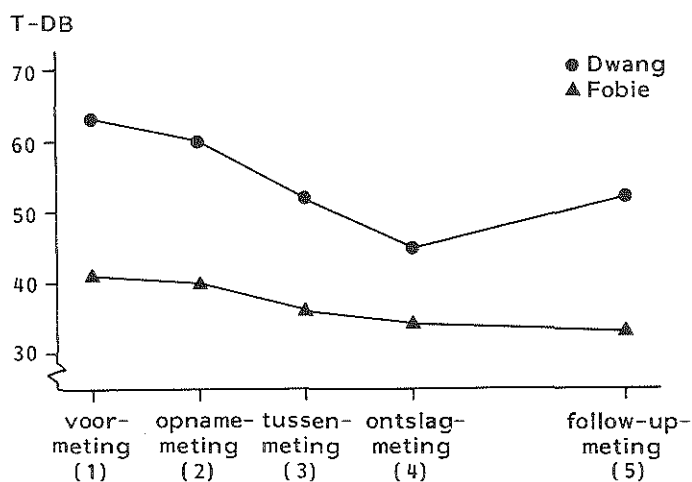
Voor fobieklachten bleek dat tussen voormeting en opnamemeting geen significante verandering is opgetreden. Na de opname tot aan follow-up is er een consistente en significante gunstige vooruitgang te constateren. De vooruitgang bij de eindmetingen (meting 4 en 5) ten opzichte van de beginmetingen (meting 1 en 2) is aanmerkelijk en significant. Vooruitgang bij ontslag is duurzaam gebleken.

Voor dwangklachten kan hetzelfde worden gekonkludeerd zij het dat de verschillen groter zijn (zie Tabel 5.IV. voor de d index en het nivo van de significanties).

5.2.3. Algemene klachten

Op algemene klachten scoorden de fobieklachten over het algemeen en gedurende het hele proces gemiddeld wat hoger dan de dwangklachten. Patroon en nivo zijn equivalent aan die van fobische klachten (zie Figuur 5.3.).

Zoals in Figuur 5.3. is te zien, is er tussen de voormeting en opnamemeting bij fobieklachten nagenoeg geen verschil op te merken. Aanzienlijk en significant is de vooruitgang die opgetreden is gedurende

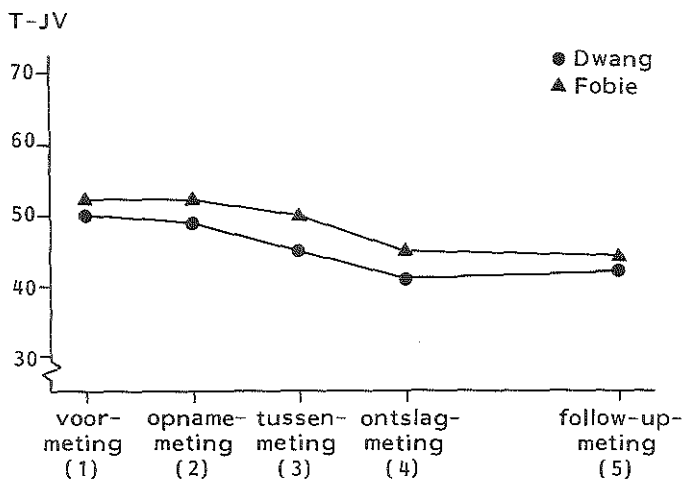


Figuur 5.1. Gemiddelde scores van Dwang- en Fobie-kliënten op T-DB (Dwangklachten) bij voor-, opname-, ontslag- en follow-up-meting.

Tabel 5.III. Discriminatie (Cohens d) van de Variabele Dwangklachten op 5 gepaarde Metingen bij Dwang en Fobie.

	1	2	3	4	5	Fobie
1			.68***	.77***	.83***	
2			.64***	.68***	.77***	
3	1.05***	.85***				
4	1.48***	1.34***	.68***			
5	.68***	.50**		-.51**		
Dwang						T-DB

t-toets: ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$



Figuur 5.2. Gemiddelde scores van Dwang- en Fobie-
 cliënten op T-JV (Fobische Klachten) bij
 voor-, opname-, ontslag- en follow-up-
 meting.

Tabel 5.IV. Discriminatie (Cohens d) van de Variabele
 Fobische Klachten op 5 gepaarde Metingen
 bij Dwang en Fobie.

	1	2	3	4	5	Fobie
1				.69***	.72***	
2				.63***	.81***	
3	.74***	.70***		.75***	.53**	
4	1.15***	1.22***	.51**			
5	1.09***	.92***				
Dwang						T-JV

t-toets: ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

de klinische behandelingsperiode. Het behaalde nivo van vooruitgang bij ontslagmeting, blijkt bij follow-up meting stabiel en hoog te zijn.

Het patroon voor dwangklienten is analoog aan die voor fobieklienten, zij het met dit verschil dat vooruitgang zich reeds in geringe mate, doch statistisch significant, inzette na voormeting. Het is mogelijk dat hoop met betrekking tot de komende behandeling de klachten op gunstige wijze heeft doen fluctueren. De vooruitgang is substantieel voor de metingen 4 en 5 ten opzichte van de voorgaande metingen 2 en 3. Het nivo van vooruitgang bij ontslag is bij follow-up stabiel gebleven (zie Tabel 5.V. voor de d index en het nivo van significanties).

5.2.4. Zelfaktualisatie

Op de zelfaktualisatie schaal doet zich het gegeven voor dat de beide groepen, met eenzelfde gemiddelde waarde bij voormeting beginnen en eveneens met eenzelfde gemiddelde waarde bij follow-up eindigen. De figuren zien er afgeplat uit. In feite verschillen de fobici en de dwangneurotici op geen van de metingen van elkaar. De gemiddelde waarden van de tussenmetingen liggen tussen de gemiddelden van de opnamemetingen en de gemiddelden van de ontslagmetingen in (zie Figuur 5.4.).

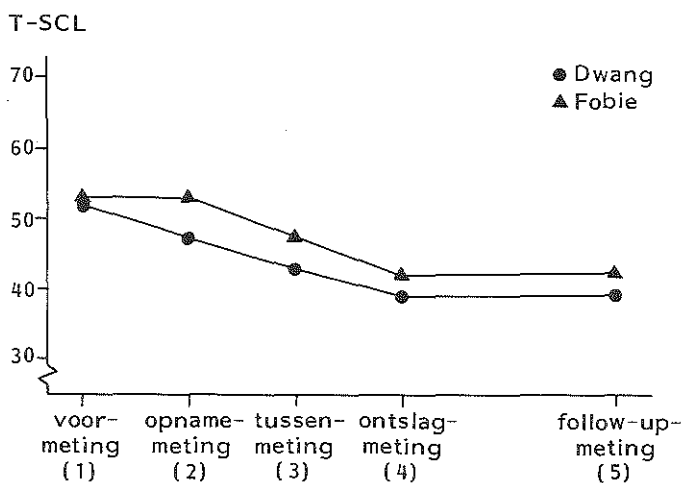
De scores van de fobieklienten vertoonden in de wachttijd geen verandering. Daarna is er een significant gunstig verschil in de klinische behandelingsperiode waar te nemen, welke gevolgd wordt door een geringe terugval in de vervolperiode. Het gunstig verschil tussen de opname en de follow-up blijkt substantieel en significant.

Dwangklienten vertonen alleen een significant gunstig verschil tussen opname en ontslag. In vergelijking met de voormeting zijn zij vanaf de tussenmeting vooruitgegaan (zie Tabel 5.VI. voor de d index en het nivo van de significanties).

5.2.5. Rationeel denken

De gemiddelde scores op rationeel denken zijn op het eerste gezicht in de loop van de tijd in de beide onderzoeksgroepen dwang en fobie belangrijk en duurzaam afgenomen. Het patroon is gelijk aan dat van zelfaktualisatie met dien verstande dat de verschillen iets meer zijn toegenomen (zie Figuur 5.5.). Er valt voor dwangklienten een significant en zeer aanzienlijk "overall" positief effect waar te nemen, met name wanneer meting 5 ten opzichte van de metingen 1 en 2 worden bekeken. Reeds gedurende de wachperiode is er een significante vooruitgang opgetreden, waarvoor een verklaring ontbreekt. Deze tendens heeft zich gedurende de opnameperiode consistent voortgezet. De bij ontslag gevonden effecten hebben zich duidelijk gekonsolideerd.

Voor fobieklienten geldt dat de beginmetingen (meting 1 en 2) in gunstige zin significant verschillen met de ontslagmeting en significant verschillen, eveneens in gunstige zin met de follow-up meting. De wachperiode brengt geen noemenswaardig verschil met zich mee, evenmin als

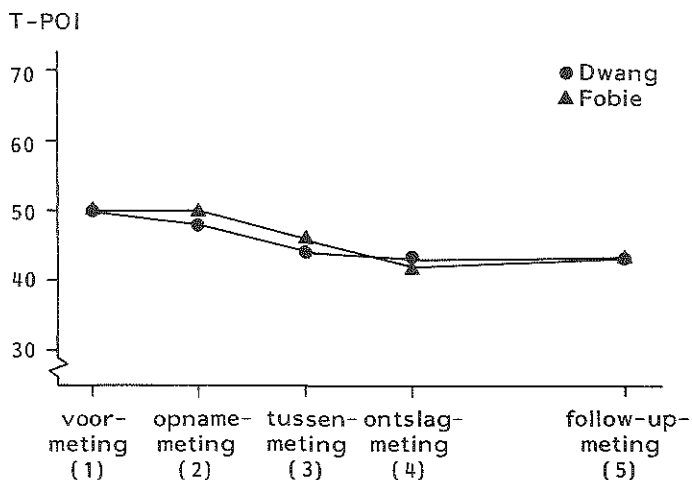


Figuur 5.3. Gemiddelde scores van Dwang- en Fobie-klënten op T-SCL (Algemene Klachten) bij voor-, opname-, ontslag- en follow-up-meting.

Tabel 5.V. Discriminatie (Cohens d) van de Variabele Algemene Klachten op 5 gepaarde Metingen bij Dwang en Fobie.

	1	2	3	4	5	Fobie
1			.80**	1.40***	.80**	
2	.54**		.74**	1.17***	.77**	
3	.91***	.57**		.86**		
4	1.29***	.90***	.59**			
5	1.01***	.55**				
Dwang						T-SCL

t-toets: ** $p < 0.01$ *** $p < 0.01$



Figuur 5.4. Gemiddelde scores van Dwang- en Fobie-
 cliënten op T-POI (Zelfaktualisatie) bij
 voor-, opname-, ontslag- en follow-up
 meting.

Tabel 5.VI. Discriminatie (Cohens d) van de Variabele
 Zelfaktualisatie op 5 gepaarde Metingen bij
 Dwang en Fobie.

	1	2	3	4	5	Fobie
1				.75**	.97***	
2				.73**	1.06***	
3	.62**			.87***	.63*	
4	.62***	.52***				
5	.58**					
Dwang						T-POI

t-toets: ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

de vervolgperiode. Uit het laatste mag worden opgemaakt dat bij fobieklienten evenals bij dwangklienten het positief effect stabiel is gebleken (zie Tabel 5.VII. voor de d index en het nivo van significanties).

5.2.6. Assertief handelen

Over de gehele linie is het nivo van assertief handelen voor beide klientgroepen bij benadering gelijk. De fobieklienten zijn minder assertief dan de dwangklienten op de eerste 4 metingen. Desalniettemin vertonen zij de meeste vooruitgang (zie Figuur 5.6.).

De vooruitgang van de fobieklienten blijkt ook significant te zijn met uitzondering van 1 ten opzichte van 2 en 4 ten opzichte van 5. Er is dus aanwijzing voor een duidelijk en gekonsolideerd behandelingseffect. De wachttijd brengt geen opmerkelijke verschillen met zich mee, evenmin als de tijd tussen ontslag en follow-up. Het laatste houdt in dat het positief resultaat bij ontslag zich heeft gestabiliseerd.

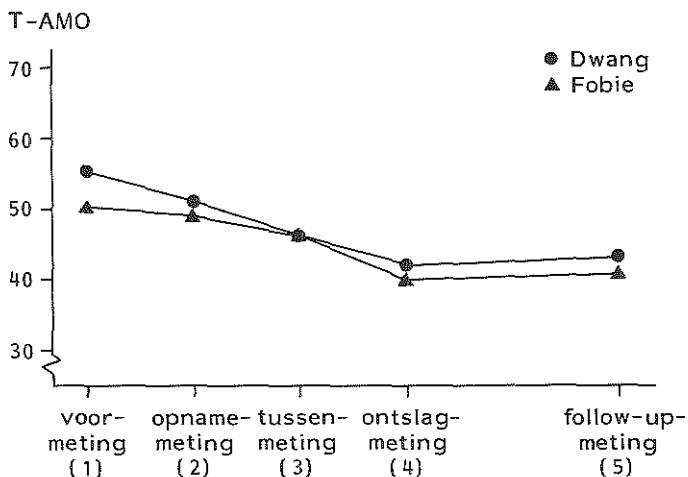
Van de dwangklienten geldt hetzelfde zij het minder geprononceerd. Meting 3 verschilt niet van meting 4 en 5. Het effect is reeds bereikt bij meting 3. Er is een lichte maar niet significante achteruitgang (zie Tabel 5.VIII. voor de d index en het nivo van de significanties).

5.2.7. Psychofysiologische "arousal"

Aan het verloop op de variabele psychofysiologische "arousal" is te zien dat het nivoverschil in gemiddelden tussen de beide groepen fobie en dwang over de 5 metingen kleiner worden. Er is een gelijkenis met het proces op algemene klachten. De fobieklienten hebben over de gehele linie hogere gemiddelde scores dan de dwangklienten. Over het algemeen is er een vooruitgang te konstaten, waarbij fobieklienten hogere aanvangswaarden hebben en deze ook behouden, terwijl dwangklienten de vooruitgang reeds na de wachttijd hebben ingezet. De dwanggroep laat nauwelijks of geen verandering in gemiddelde score tussen de tussenmeting en de ontslagmeting zien (zie Figuur 5.7.).

Wat betreft de fobieklienten kan worden opgemerkt dat de beginmetingen (meting 1 en 2) significant ten ongunste afwijken van de ontslagmeting. Er zijn geen significante verschillen in de wachtperiode en in de follow-up periode opgetreden. Het positief effect bij ontslag heeft zich gestabiliseerd.

Over dwangklienten valt te zeggen dat de eindmetingen (4 en 5) significant en gunstig verschillen met de voormeting. De ontslagmeting verschilt substantieel en significant gunstig met de opnamemeting. De follow-up meting verschilt significant gunstig met de opnamemeting. De wachtperiode ging niet met verandering gepaard, de vervolgperiode echter wel, met name in ongunstige zin. Ondanks deze significante terugval kan er "overall" toch nog van een duidelijk gunstig effect worden gesproken (zie Tabel 5.IX. voor de d index en het nivo van significanties).



Figuur 5.5. Gemiddelde scores van Dwang- en Fobie-kliënten op T-AMO (Rationeel Denken) bij voor-, opname-, ontslag- en follow-up-meting.

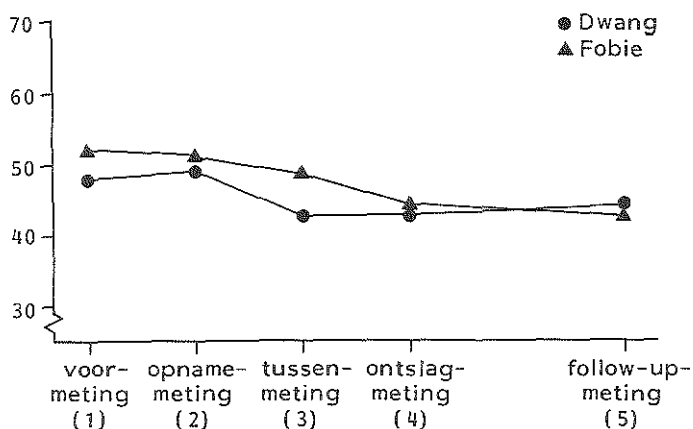
Tabel 5.VII. Discriminatie (Cohens d) van de Variabele Rationeel Denken op 5 gepaarde Metingen bij Dwang en Fobie.

	1	2	3	4	5	Fobie
1			.68**	1.19***	.87**	
2	.66***			.96***	.83**	
3	1.12***	.77***		.64**		
4	1.46***	1.30***	.74***			
5	1.22***	.89***				

Dwang T-AMO

t-toets: ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

T-RAS

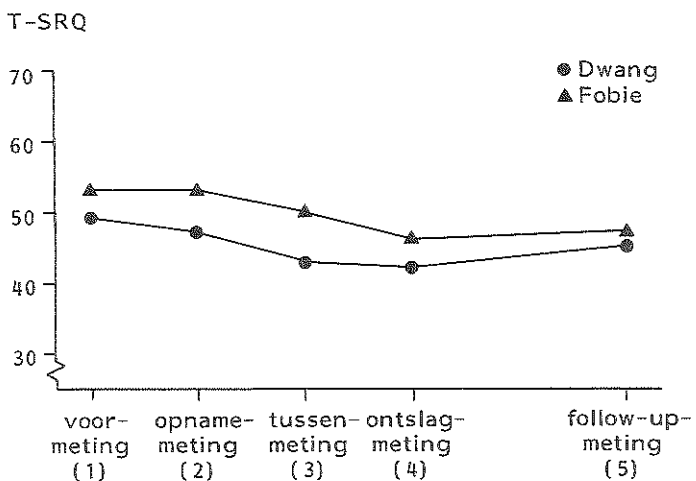


Figuur 5.6. Gemiddelde scores van Dwang- en Fobie-kliënten op T-RAS (Assertief Handelen) bij voor-, opname-, ontslag- en follow-up-meting.

Tabel 5.VIII. Discriminatie (Cohens d) van de Variabele Assertief Handelen op 5 gepaarde Metingen bij Dwang en Fobie.

	1	2	3	4	5	Fobie
1			.57**	.90***	1.05***	
2			.55**	.80***	1.01***	
3	.51**	.56**		.57**	.68***	
4	.55***	.60***				
5	.58**	.75***				
Dwang						T-RAS

t-toets: ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

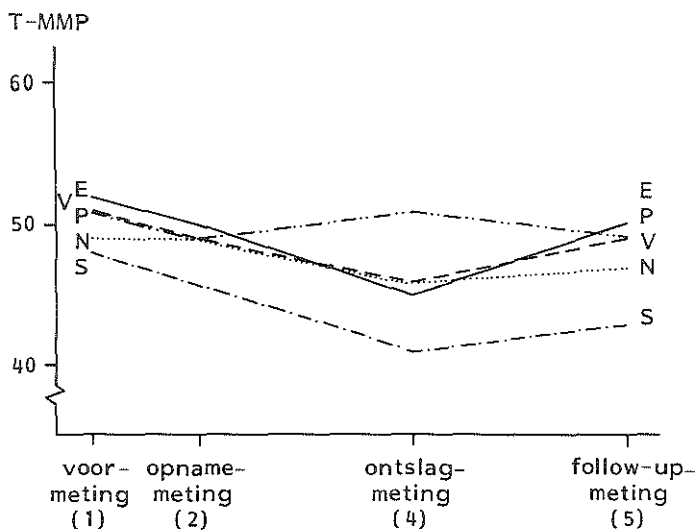


Figuur 5.7. Gemiddelde scores van Dwang- en Fobie-
klënten op T-SRQ (Fysiologisch Reageren)
bij voor-, opname-, ontslag- en follow-up-
meting.

Tabel 5.IX. Discriminatie (Cohens d) van de Variabele
Psychofysiologische "Arousal" op 5 gepaarde
Metingen bij Dwang en Fobie.

	1	2	3	4	5	Fobie
1				.61***	.53**	
2				.61***	.62**	
3	.84***	.60**		.63**		
4	1.09***	.87***				
5	.82***	.57**		-.63***		
Dwang						T-SRQ

t-toets: ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

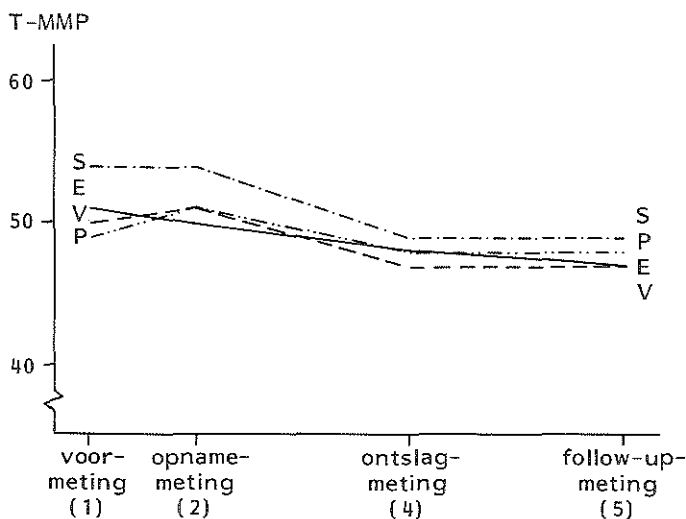


Figuur 5.8. Gemiddelde scores van Dwangklënten op T-MMP schalen: Negativisme, Somatisering, Extraversie, Verlegenheid en Psycho-pathologie.

Tabel 5.X. Discriminatie (Cohens d) van de Variabele Somatisering op 5 gepaarde Metingen bij Dwang en Fobie.

	1	2	3	4	5	Fobie
1				.52**	.62**	
2						
3						
4	.77***	.70***	.56**			
5	.53**	.50**				
Dwang						T-MMS

t-toets: ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$



Figuur 5.9. Gemiddelde scores van Fobische cliënten op T-MMP schalen: Somatisering, Extraversie, Verlegenheid en Psycho-pathologie.

Tabel 5.XI. Discriminatie (Cohens d) van de Variabele Extraversie op 5 gepaarde Metingen bij Dwang en Fobie.

	1	2	3	4	5	Fobie
1					.50**	
2						
3	.69***	.50**				
4	.63***	.51**				
5				-.71***		

Dwang T-MME

t-toets: ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

5.2.8. Persoonlijkheidskenmerken

De verkorte Nederlandse versie van de MMPI (Luteyn en Kingma 1978) onderscheidt, na psychometrisch onderzoek op materiaal vergaard bij psychiatrische patienten, 5 persoonlijkheidskenmerken : Negativisme, Somatisering, Extraversie, Verlegenheid en Psychopathologie. Een persoonlijkheidskenmerk is te beschouwen als een habitueel gedragspatroon dat in een reeks van vergelijkbare situaties terugkeert. Gezien een trek (dispositie) relatief stabiel en permanent van aard is, zal verandering niet gauw mogen optreden (Cronbach 1978).

Tabel 5.XII. Discriminatie (Cohens d) van de Variabele Verlegenheid op 5 gepaarde Metingen bij Dwang en Fobie.

	1	2	3	4	5	Fobie
1						
2						
3						
4						
5						

Dwang T-MMV

t-toets: ** p<0.01 *** p<0.001

Tabel 5.XIII. Discriminatie (Cohens d) van de Variabele Ernstige Psychopathologie op 5 gepaarde Metingen bij Dwang en Fobie.

	1	2	3	4	5	Fobie
1						
2						
3						
4						
5						

Dwang T-MMP

t-toets: * p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

Zoals op Figuur 5.8. en Tabellen 5.XI. t/m 5.XIV. is te zien, zijn er enkele veranderingen gedurende de behandeling op de 5 schalen bij dwangklienten opgetreden. Op Negativisme waren er geen noemenswaardige veranderingen opgetreden, reden waarom de resultaten niet zijn getabelleerd. Wat betreft Somatisering veranderen de klienten zich gunstig, getuige het significante verschil tussen meting 1 enerzijds en meting 4 en 5 anderzijds. In de behandelingsperiode is er ook een significant verschil tussen meting 2 en 4. Op Extraversie zijn aanvankelijk gunstige verschillen van middelmatig nivo te zien (resp. bij vergelijking van meting 4 met meting 1 en 2). Deze tendentie zette zich niet door. Integendeel, er is sprake van terugval, die statistisch significant was. Met betrekking tot Verlegenheid bleek de vooruitgang niet bestendig te zijn. De terugval geeft aan dat het positief effect slechts van korte duur was. Op Psychopathologie waren over het algemeen geen opmerkelijke verschillen. (zie Tabellen 5.X. t/m 5.XIII. voor de d index en het nivo van de significanties).

De resultaten op de MMPI schalen voor fobieklienten zijn weergegeven in Figuur 5.9. en in Tabellen 5.XI. t/m 5.XIV. Alleen op Somatisering bleek er sprake van een duurzaam maar gering positief effect. Met betrekking tot Extraversie valt bij voormeting en follow-up een significant gunstig verschil te zien. Bij Psychopathologie is er op lange termijn sprake van vooruitgang bij follow-up in vergelijking met de voormeting. Waarom geen duidelijke verandering ten gunste over de 5 metingen op de schaal Verlegenheid optrad, is vooralsnog onduidelijk. Gegevens met betrekking tot de schaal Negativisme ontbraken (zie Tabel 5.X t/m 5.XIII. voor de d index en het nivo van de significanties).

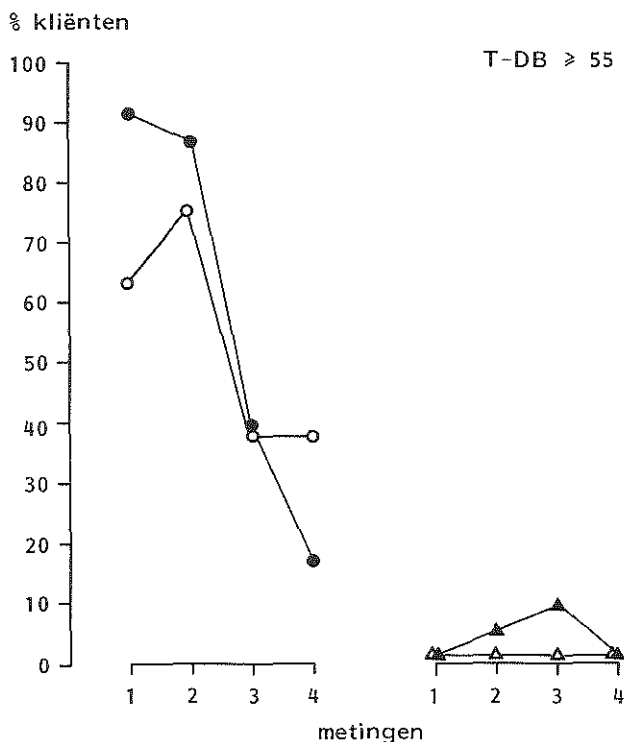
5.3. Proces in relatie tot effect op lange termijn

Het therapieproces, geoperationaliseerd in termen van metingen 1 t/m 4, is onderzocht in relatie tot het effect op lange termijn. Het lange termijn effect wordt gemeten door middel van de relatieve verandering bij follow-up. Het criterium voor het uiteindelijk effect is gedichotomiseerd en gesteld op : $RT-DB5 \geq 10$ (vooruitgang) en $RT-DB5 < 10$ (geen vooruitgang) voor dwangklienten, en $RT-JV5 \geq 10$ (vooruitgang) en $RT-JV5 < 10$ (geen vooruitgang) voor fobieklienten. Ook de T-scores van de therapievariabelen zijn gedichotomiseerd, namelijk ≥ 55 (ongunstig) versus < 55 (gunstig)

Op groepsnivo wordt gekeken of degenen die op de criteria $RT-DB5$ voor dwangklienten ($n=23$) en $RT-JV5$ voor fobieklienten ($n=20$) baat hebben gehad op het proces verschillen van degenen die geen baat hebben gehad ($n_{dwang}=8$ en $n_{fobie}=11$). Daar veranderingen in het proces op "persoonlijkheidskenmerken" niet substantieel zijn gebleken, wordt in het navolgende afgezien van de analyse van resultaten op deze variabelen. De resultaten van de beide onderzoeken over de relatie van het proces tot het effect per therapie variabele kan men in het onderstaande vinden.

5.3.1. Dwangklachten

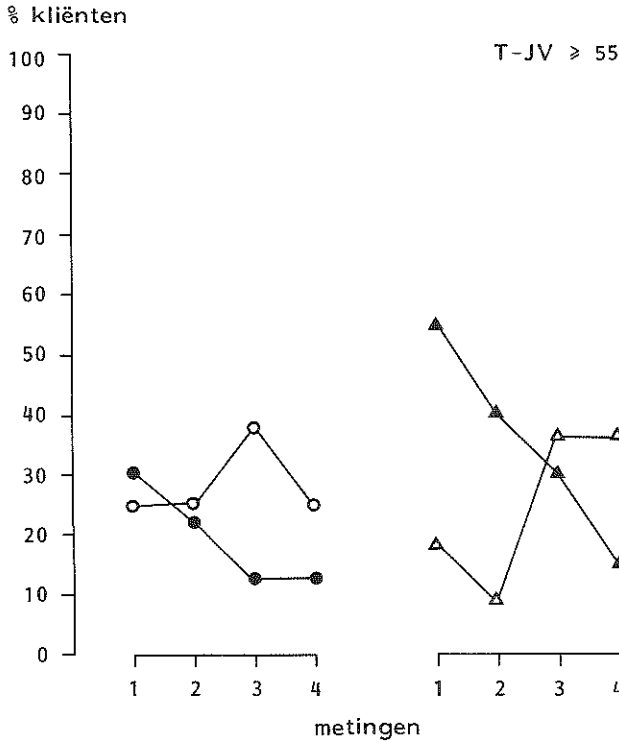
In Figuur 5.10. kan men aflezen dat steeds minder dwangklachten (die zijn vooruitgegaan) in extreme mate dwangklachten hebben. Opvallend is dat degenen die uiteindelijk vooruit zijn gegaan hoger begonnen en lager zijn geeindigd dan degenen die uiteindelijk gelijk zijn gebleven dan wel zijn achteruitgegaan. Bij fobieklienten blijkt dat er op het proces met betrekking tot dwangklachten weinig verschil bestaat tussen degenen die op het criterium fobie uiteindelijk baat hadden en degenen die uiteindelijk geen baat hadden.



Figuur 5.10. Proces op de Variabele Dwangklachten in relatie tot effekt bij Dwangkliënten die uiteindelijk baat hadden (●) (n=23) versus degenen die geen baat hadden (○) (n=8) en bij Fobiekliënten die uiteindelijk baat hadden (▲) (n=20) versus degenen die geen baat hadden (△) (n=11).

5.3.2. Fobische klachten

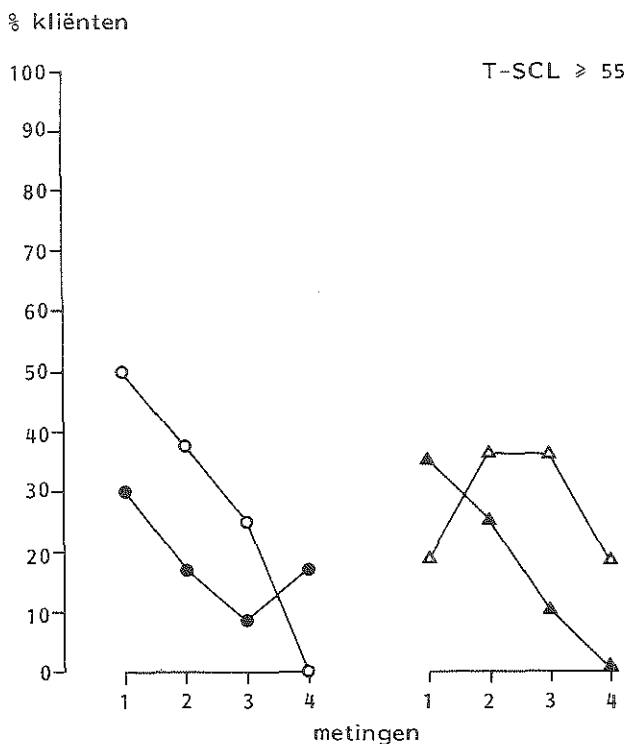
In Figuur 5.11. is te zien dat naar verhouding meer dwangklienten die uiteindelijk geen baat hadden, meer fobische klachten hadden dan degenen die uiteindelijk wel baat hadden. Meer fobieklanten die uiteindelijk baat hadden hadden aanvankelijk meer fobische klachten dan degenen die uiteindelijk geen baat hadden. Fobieklanten die geen baat hadden, ontwikkelden gedurende de behandeling meer fobische klachten. Het is mogelijk dat deze klienten aanvankelijk minder angst rapporteerden ("denial").



Figuur 5.11. Proces op de Variabele Fobische Klachten in relatie tot effect bij Dwangklienten die uiteindelijk baat hadden (●) (n=23) versus degenen die geen baat hadden (○) (n=8) en bij Fobieklanten die uiteindelijk baat hadden (▲) (n=20) versus degenen die geen baat hadden (△) (n=11).

5.3.3. Algemene klachten

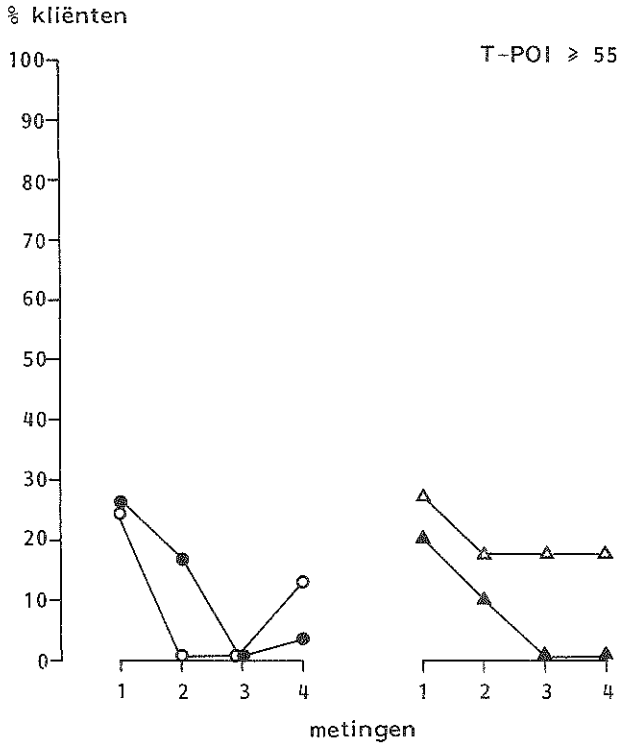
Over het algemeen is te stellen dat zowel dwangklanten als fobieklanten degenen die uiteindelijk geen baat hadden meer algemene klachten hadden dan de klanten die uiteindelijk wel baat hadden. Interessant is het gegeven dat dwangklanten die geen baat hadden, een flinke afname van algemene klachten aangaven. Er is sprake van generalisering van de vooruitgang. Er is dus meer veranderd dan dwang bij dwangklanten resp. fobie bij fobieklanten (zie Figuur 5.12.).



Figuur 5.12. Proces op de Variabele Algemene Klachten in relatie tot effect bij Dwang-klanten die uiteindelijk baat hadden (●) (n=23) versus degenen die geen baat hadden (○) (n=8) en bij Fobieklanten die uiteindelijk baat hadden (▲) (n=20) versus degenen die uiteindelijk geen baat hadden (△) (n=11).

5.3.4. Zelfaktualisatie

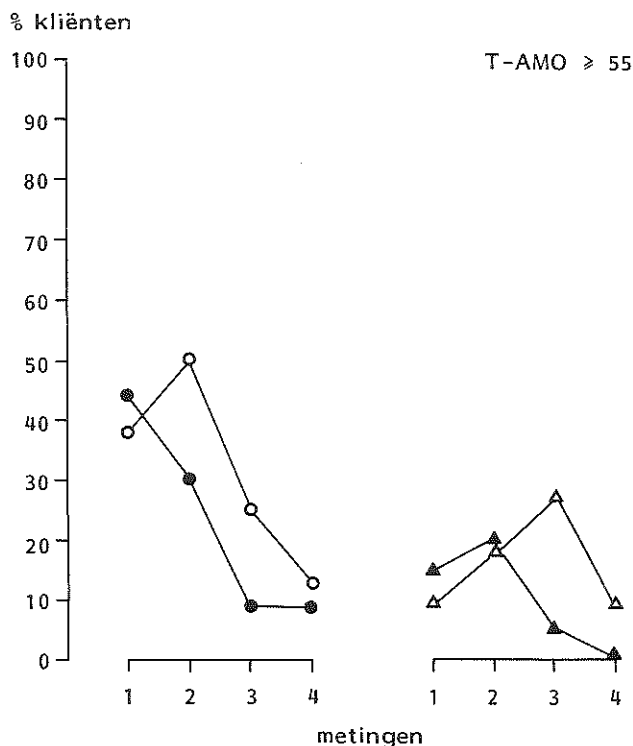
Op zelfaktualisatie blijkt er weinig differentiatie tussen degenen die baat hadden en degenen die geen baat hadden. Deze variabele blijkt, gezien de lage percentages, hier niet relevant (zie Figuur 5.13.).



Figuur 5.13. Proces op de Variabele Zelfaktualisatie in relatie tot effect bij Dwangkliënten die uiteindelijk baat hadden (●) (n=23) versus degenen die geen baat hadden (○) (n=8) en bij Fobiekliënten die uiteindelijk baat hadden (▲) (n=20) versus degenen die uiteindelijk geen baat hadden (△) (n=11).

5.3.5. Rationeel denken

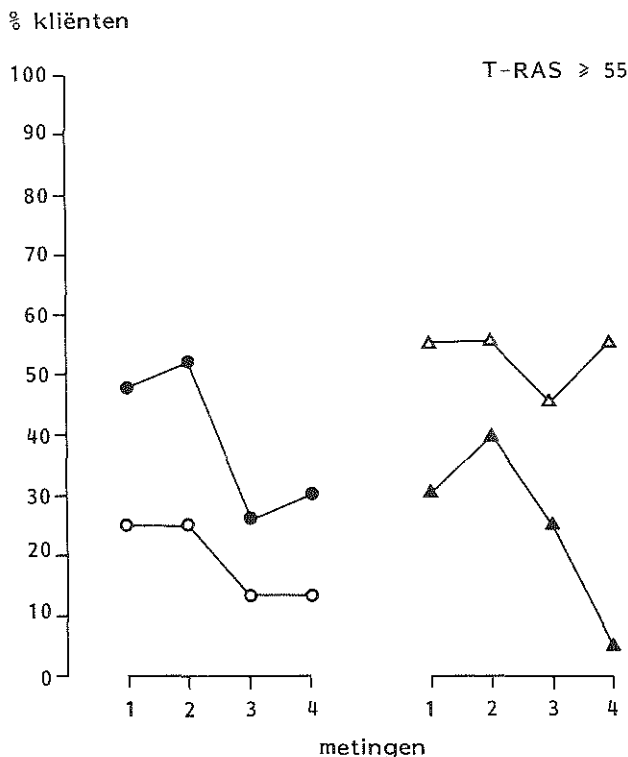
Ook met betrekking tot rationeel denken kan worden gesteld dat dwangklanten die uiteindelijk wel baat hadden, meer vooruitgang boekten dan degenen die geen baat hadden van de behandeling. Voor beide categorieën geldt dat de rationele training aan haar doel heeft beantwoord. Fobieklanten blijken in veel mindere mate dan dwangklanten te kampen te hebben met problemen in deze dimensie. Grosso modo, zij het in mindere mate, geldt hetzelfde voor fobieklanten (zie Figuur 5.14.)



Figuur 5.14 Proces op de Variabele Rationeel Denken in relatie tot effect bij Dwangklanten die uiteindelijk baat hadden (●) (n=23) versus degenen die geen baat hadden (○) (n=8) en bij Fobieklanten die uiteindelijk baat hadden (▲) (n=20) versus degenen die geen baat hadden (△) (n=11).

5.3.6. Assertief handelen

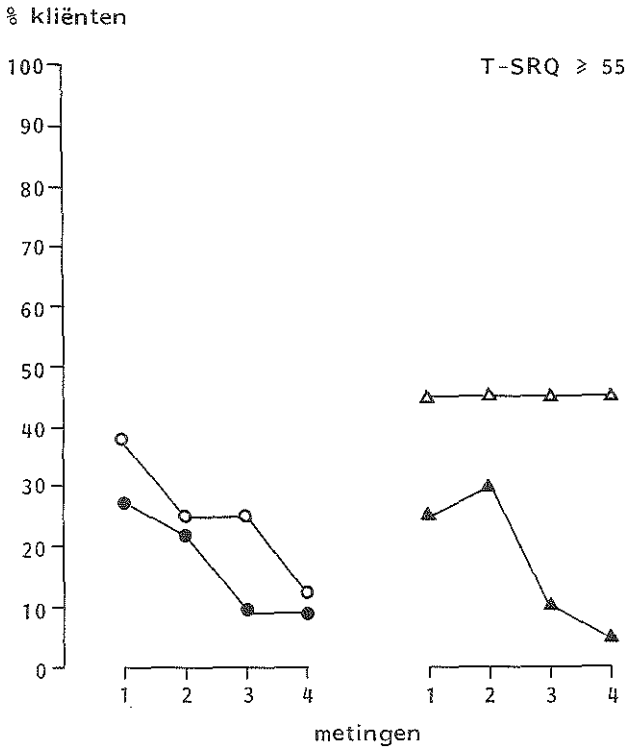
Met betrekking tot assertief handelen kan worden gesteld dat, naar verhouding meer dwangklienten, die uiteindelijk baat hadden van de behandeling, minder profijt hadden van de assertiviteits- training, dan de andere dwangklienten. Zoals te zien is in Figuur 5.15 hadden dwangklienten die geen baat hadden van de behandeling, naar verhouding weinig last van inassertiviteit. Dwangklienten die uiteindelijk op het criterium dwang zijn vooruitgegaan hebben meer en blijvende assertiviteitsproblemen in vergelijking met degenen die geen baat hadden. Fobieklanten die uiteindelijk geen baat hadden, hebben hogere scores op het proces dan degenen die uiteindelijk baat hadden. De laatsten zijn sterk vooruitgegaan, hetgeen ook te verwachten was.



Figuur 5.15. Proces op de Variabele Assertief Handelen in relatie tot effekt bij Dwangklanten die uiteindelijk baat hadden (●) (n=23) versus degenen die geen baat hadden (○) (n=8) en bij Fobieklanten die uiteindelijk baat hadden (▲) (n=20) versus degenen die geen baat hadden (Δ) (n=11).

5.3.7. Psychofysiologische "arousal"

Zowel voor dwangklanten als voor fobieklanten geldt dat degenen die uiteindelijk baat hadden, meer profijt hadden van de behandeling, i.c. de relaxatietraining, in vergelijking met degenen die uiteindelijk geen baat hadden. Bij de fobieklanten is duidelijk te zien dat degenen die uiteindelijk geen baat hadden consistent hogere "arousal" hebben in vergelijking met degenen die uiteindelijk baat hadden (zie Figuur 5.16).



Figuur 5.16. Proces op de Variabele Psychofysiologische 'arousal' in relatie tot effect bij Dwangklanten die uiteindelijk baat hadden (●) (n=23) versus degenen die geen baat hadden (○) (n=8) en bij Fobieklanten die uiteindelijk baat hadden (▲) (n=20) versus degenen die geen baat hadden (△) (n=11).

5.4. Referenties

- Campbell, D.T. en Stanley, J.C. (1963) : Experimental and quasi-experimental designs for research on teaching. In : N.L. Gage (Ed.) : Handbook of Research on Teaching. Chicago : Rand McNally.
- Cohen, J. (1977) : Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (Revised edition). New York : Academic Press.
- Cronbach, L.J. (1978) : Essentials of Psychological Testing (3rd ed.) New York : Harper en Row.
- Hartig, M. (1975) : Probleme und Methoden der Psychotherapie Forschung. Muenchen : Urban en Schwarzenberg.
- Kazdin, A.E. (1980) : Research Design in Clinical Psychology. New York : Harper en Row.
- Kirk, R.E. (1968) : Experimental Design : Procedures for the Behavioral Sciences. Belmont, Calif. : Brooks/Cole.
- Luteyn, F. en Kingma, L. (1978) : Een Nieuwe Verkorte MMPI. R.U. Groningen : Heymans Bulletin.

HOOFDSTUK 6. ONDERZOEK NAAR VOORSPELLENDE FAKTOREN

6.1. Inleiding

Nadat in de twee voorafgaande hoofdstukken het effect van klinische multimodale gedragstherapie is behandeld, komen in dit hoofdstuk de factoren aan de orde die het effect vermogen te voorspellen. De bedoeling is om de mogelijkheden te verkennen wat de predicerende waarde is van de hierna te behandelen variabelen. Mocht deze hoog zijn dan zou hiervan gebruik kunnen worden gemaakt ten behoeve van indicatiestelling. Het zij nogmaals opgemerkt dat deze studie een empirische verkenning is, zodat ("cross") validatie noodzakelijk is.

Voor de dwang- en fobieklienten afzonderlijk is nagegaan welke persoonlijkheids- en therapievariabelen voorspellende betekenis hebben. Deze variabelen zullen zowel afzonderlijk als gezamenlijk in de analyse worden opgenomen. De voorspellingen betreffen de uitkomst van de behandeling bij ontslag, resp. follow-up. In geval van dwang zijn de criteria RT-DB4, c.q. RT-DB5 en in geval van fobie RT-JV4 c.q. RT-JV5. Het aantaltherapie variabelen is twaalf (zie voor de specificatie hoofdstuk 5) en het aantal persoonlijkheidsvariabelen (Wilde 1974, Luteyn, Starren en van Dijk 1975) bedraagt eveneens twaalf :

Schaal	Variabele	Een hoge score wijst op :
WAIS	Intelligentie	Goed algemeen intelligentie nivo
ABV-N	Neurotische labiliteit	Psycho -neurotische klachten
ABV-NS	Neurotisch somatische labiliteit	Funktioneel somatische klachten
ABV-E	Sociale extraversie	Meer naar buiten gerichte houding
ABV-T	Test attitude	Zelfdefensieve instelling bij invullen van de lijst
NPV-IN	Inadekwatie	Gespannen c.q. depressief gevoel
NPV-SI	Sociale inadekwatie	Gevoel van inkompetentie in het kontakt (geremd en verlegen)
NPV-RG	Rigiditeit	Streng planmatige aanpak en starre gewoonten
NPV-VE	Verongelijkheid	Wantrouwende en vijandige houding
NPV-ZE	Zelfgenoegzaamheid	Tevredenheid over zichzelf (geen boodschap aan anderen hebben)
NPV-DO	Dominantie	Graag geven van leiding en het overwicht hebben op anderen
NPV-ZW	Zelfwaardering	Hebben van vrede met zichzelf (te kennen geven optimistisch van aard te zijn)

Als methode om mogelijke voorspelbaarheid te schatten, is gebruik gemaakt van multi-pele regressie analyse, stapsgewijze benadering. Een indicatie die voor de mate van voorspelbaarheid is multi-pele korrelatie

(R) tussen het criterium en de voorspellervariabelen. De regressie vergelijking luidt :

$$Y_i = a + biX_i + \dots bkX_k$$

waarbij :

Y_i = geschatte waarde van het criterium Y (bijv. RT-DB4)

a = intercept \bar{Y} - ($biX_i + \dots + bkX_k$), een konstante

bi = regressie coëfficiënt van X_i ($i=1, \dots, k$)

X_i = klient's skore op voorspellervariabele X_i (bijv. T-AMO)

Stapsgewijze multipele regressie analyse is een gangbare statistische procedure die toegepast wordt om te komen tot een selectie van de beste voorspellervariabelen. Deze procedure selekteert variabelen en elimineert variabelen voor zover zij bijdragen in de voorspelling, resp. juist niet bijdragen. "Voorwaartse" selectie neemt suksessievelijk variabelen op in de vergelijking indien ze een bijdrage leveren. Bij "achterwaartse" selectie wordt nagegaan of de geselecteerde variabelen alsnog verwijderd moeten worden, vanwege het feit dat zij in combinatie met (bepaalde) geselecteerde variabelen geen bijdrage leveren in de voorspelling. Toegelicht : als eerste voorspellende variabele komt voor selectie in aanmerking die welke de hoogste korrelatie met de criterium variabele vertoont. De tweede is de variabele met de hoogst partiele korrelatie koëfficiënt mits deze de selektiedrempel overschrijdt. Vervolgens wordt gezocht naar een volgende variabele die een bijdrage levert in de voorspelling boven de reeds geselecteerde variabele. Wanneer deze tweede variabele is geselecteerd, wordt onderzocht of de eerste variabele nog steeds een substantiele bijdrage levert. Deze wordt verwijderd indien dat niet het geval is (Cook 1977; Neter en Wasserman 1974). Dit proces wordt net zolang voortgezet totdat geen variabele voor selectie resp. eliminatie in aanmerking komt. Statistisch laat de robuustheid voor de gevonden waarden zich "toetsen". De statistisch toetsing ("cross validatie") geeft aan in hoeverre de resultaten zich handhaven. Het geeft de "goodness of fit" aan in deze populatie van klienten. Deze aanpassing wordt "adjusted R^2 " genoemd.

Alvorens de resultaten te beschrijven, wordt eerst gekeken naar de "drop outs", die te beschouwen zijn als ex-klienten waarop een verkeerde indikatie gesteld is. Nagegaan is of deze uitval voorspelbaar is. Indien dit bevestigd wordt kan hiermee met de indikatie rekening worden gehouden (par. 6.1.1.). Tevens is het van belang te weten of het effect van de behandeling met behulp van algemeen-biografische en klinisch-diagnostische variabelen voorspelbaar is (par. 6.1.2.). Vervolgens wordt nagegaan, welke variabelen door middel van regressie analyse voorspellend vermogen hebben. Achtereenvolgens is het onderzoek gericht op (a) persoonlijkheidsvariabelen, (b) therapievariabelen en (c) de combinatie van de persoonlijkheids- en therapievariabelen. In het schema hieronder is aangegeven in welke paragrafen de analyses gepresenteerd worden :

	Dwang		Fobie	
	Ontslag	Follow-up	Ontslag	Follow-up
Persoonlijkheidsvariabelen	par. 6.2.1.	par. 6.3.1.	par. 6.4.1.	par. 6.5.1.
Therapievariabelen	par. 6.2.2.	par. 6.3.2.	par. 6.4.2.	par. 6.5.2.
Persoonlijkheids- en therapievariabelen	par. 6.2.3.	par. 6.3.3.	par. 6.4.3.	par. 6.5.3.

6.1.1. Voorspelbaarheid van "Drop outs"

Zoals elders reeds eerder is aangegeven, zijn er in dit onderzoek in totaal 12 klanten als "drop out" (ca. 10 %) aan te merken. Deze klanten zijn minder dan 6 weken op de afdeling opgenomen geweest. Er zijn gegevens beschikbaar van 10 klanten : 4 dwang- en 6 fobieklienten (zie Tabel 6.1.).

Wat betreft de algemeen-biografische gegevens valt te vermelden dat geslacht en religie geen voorspellende betekenis hebben. Over het algemeen zijn het ongehuwde of gescheiden jongere personen (< 35 jaar) met een laag beroepsnivo die in hun levensonderhoud door anderen worden voorzien. Van degenen die de klinische therapie hebben afgemaakt was ca. 70 % jonger dan 35 jaar. Ca. 25 % was gescheiden, ca. 55 % had een laag beroepsnivo, resp. geen beroep en ca. 45 % genoot een of andere uitkering. Ongehuwd of gescheiden zijn, het hebben van een laag beroepsnivo en het genieten van een uitkering vergroten de kans op "drop-out". De vraag rijst of renteneurotische aspecten een rol spelen.

Op klinisch-diagnostisch gebied kan men vaststellen dat de persoonlijkheidsdiagnose volgens ICD-9 en gebruik van psychofarmaca bij opname geen voorspellende betekenis blijken te hebben. Voorafgaande ambulante en klinische behandeling en een duur van de klachten, hebben evenmin een voorspellende betekenis. Alle klanten hebben neurotische klachten (ABV-N), alsmede functioneel-somatische klachten (NS). Over het algemeen betreft het personen die op het moment van invulling zich ook betrekkelijk gespannen en depressief voelen (IN). Deze kenmerken differentieren hen echter niet van degenen die de klinische therapie wel afmaken.

6.1.2. Biografische en diagnostische gegevens

De vraag is of het effect van de residentiele therapie zich laat voorspellen met behulp van algemeen-biografische en klinisch-diagnostische gegevens. Algemeen-biografische factoren worden gepresenteerd door de volgende variabelen : geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, opleiding en

Tabel 6.1. Kenmerken van "drop-out"-klënten met Dwang en Fobie: Biografische, Diagnostische en Persoonlijkheidsvariabelen.

	Diagnose	Algemeen Biografisch						Klinisch-Diagnostisch				Persoonlijkheidsvariabelen											
		Geslacht	Leeftijd	Burgerlijke Staat	Opleidings-nivo	Bron van Inkomsten	Beroepsnivo	Geloof	Voorgaande Behandeling*	Persoonlijk. Diagnose (ICD-9)	Medikatie opname Duur van de Klacht (mnd.)	Percentiel range											
												ABV				NPV							
												N	NS	E	T	IN	SI	RG	VE	ZE	DO	ZW	
1	Dwang	V	46	gehuwd	LS	uitke- ring	laag	RK	A Hyste- K risch	+	300	+	+						-	-	-	--	
2	"	M	19	ongeh.	HAVO	ouders	laag	PR	A Para- K noid	-	72	++	+	--		+	+				--	-	
3	"	V	24	gesch.	LS	uitke- ring	laag	-	A Hyste- risch	-	36	++	+	+	-			-	+	+	-	-	
4	"	V	31	gesch.	MAVO	uitke- ring	laag	-	A Hyste- K risch	+	108	++	++	+	-	++		+					
5	Fobie	V	32	gehuwd	LS	echtge- noot	laag	-	A Hyste- risch	-	?	++	++	++	--	++	-		+		++		
6	"	M	25	ongeh.	LTS	uitke- ring	laag	RK	A Psycho- pathisch	+	120	++	+				--						
7	"	V	25	gesch.	LS	uitke- ring	laag	-	A Hyste- risch	-	48	++	+			-		-		-			
8	"	M	27	gehuwd	LS	uitke- ring	laag	-	A Para- noid	+	24	++	++	--		+				-	-	--	
9	"	V	55	ongeh.	MAVO	uitke- ring	midden	-	A Asthe- K nisch	+	84	++	++			+		-		-			
10	"	M	34	gesch.	MAVO	uitke- ring	laag	-	A Schi- zoid	+	72	++	++	-		+		-	-	-	--	--	

* A = Ambulant, K = Klinisch

religie.

Over het resultaat bij dwangklienten is in het algemeen te stellen dat vooruitgang op het criterium consistent hoog is en blijft. Jongere getrouwde vrouwen en mannen met een religieuze achtergrond zijn in vergelijking met ongetrouwde vrouwen en mannen die niet religieus zijn meer vooruitgegaan. Opleiding blijkt voor het effect geen voorspellende waarde te hebben. Er is geen combinatie van algemeen-biografische factoren waarmee te voorspellen valt welke klienten baat hebben. Wel is er een tendens te bespeuren dat oudere vrouwen zowel bij ontslag als bij follow-up minder vooruit gaan dan jongere vrouwen. Men zou kunnen stellen dat bij dwang geldt dat het ingebed zijn in een sociale (huwelijk) en geestelijke structuur (religie) mogelijk een gunstige therapie effect heeft bevorderd.

Betreffende fobieklienten is de meeste vooruitgang te konstaten onder jongere vrouwen met een partner. Opleiding en religie blijken geen voorspellende waarde te hebben. Er blijkt geen combinatie van algemeen-biografische factoren te zijn, die verklaart waarom men baat heeft. Tentatief konkluderend kan worden gesteld dat het de jongere getrouwde vrouwen zijn die duidelijk vooruitgang vertoonden. Jong zijn is te interpreteren als open staan voor nieuwe opvattingen die tijdens de residentiele therapie worden aangeboden. Getrouwd zijn betekent doorgaans dat de plaats van bestemming na de opname (i.c. terugplaatsbaarheid) veelal vaststaat.

In het onderzoek naar de klinisch-diagnostische variabelen als voorspellerfactoren is gekozen voor de volgende variabelen : psychofarmaca bij aanvang van de therapie, additionele klachten (speciale symptomen/ syndromen en seksuele dysfuncties) en aard van de problemen (familie dan wel werk of anderszins). Bij alle dwangklienten is er sprake van familie- of gezinsproblemen, maar uit de gegevens is niet duidelijk of deze aan de dwang antecedent dan wel konsekwent zijn. Indien er geen additionele klachten zijn, dan is de kans op vooruitgang groter dan wanneer deze er wel zijn. Er is enige aanwijzing dat terugval het meest voorkomt bij klienten die bij opname psychofarmaca gebruikten, die problemen hadden in de familiesfeer, maar geen additionele klachten hebben gerapporteerd. Indien de dwangklachten van lichtere aard zijn en er relationele problemen zijn, dan is de kans op duurzame vooruitgang groter.

Er bestaat een tendens dat de meerderheid van de fobieklienten die zijn vooruitgegaan bij opname geen psychofarmaca gebruikten, noch additionele klachten hebben, maar wel problemen gelokaliseerd in de familie of in het gezin. De faktor problemen op het werk of anderszins levert geen extra informatie op. Over de gehele linie is er een geringe terugval te konstaten. In het geval dat de fobische klachten van lichtere aard zijn en er duidelijk relationele problemen spelen, is de kans op een duurzaam effect groter.

6.2. Dwang : Voorspelbaarheid effect bij ontslag

Om te beginnen wordt bij dwangklienten nagegaan wat ten aanzien van de criteriumvariabele (RT-DB4) het voorspellend vermogen is voor het effect

bij ontslag op basis van de volgende voorspellervariabelen : (a) 12 persoonlijkheidsvariabelen, (b) 12 therapievariabelen en (c) de combinatie van 12 persoonlijkheids- en 12 therapievariabelen. Bij de interpretatie dient men rekening te houden met de richting van samenhang met de criterium variabelen konform de transformatie van de skores : Een positieve RT-skore impliceert vooruitgang, een negatieve RT-skore impliceert achteruitgang. Een positieve, resp. negatieve samenhang met persoonlijkheidsvariabelen wijst op hoge, resp. lage skores op deze variabelen, de betekenis waarvan in par. 6.1. aangegeven is. Een positieve, resp. negatieve samenhang met therapievariabelen wijst op een ongunstig, resp. gunstig effect op deze variabelen.

6.2.1. Persoonlijkheidsvariabelen

De vraag is of de 12 persoonlijkheidsvariabelen de relatieve verandering bij het ontslag vermogen te voorspellen. Daartoe is nagegaan of de criterium variabele RT-DB4 voorspelbaar is met behulp van de persoonlijkheidsvariabelen. Zoals in Tabel 6.II. is te zien is de multipele korrelatie koëfficient gematigd (0.43). Er wordt dus 19 % van de variantie verklaard. Bij statistische kruisvalidatie bedraagt de verklaarde variantie 14 % (n=37). De voorspellende waarde van deze variabelen is dus gering. De variabelen die desondanks een predicerend vermogen hadden, waren : sociale inadekwatie en somatisering. Indien de klient somatiseert en zich kompetent acht in het sociaal kontakt, dan kan een verbetering op dwang worden verwacht bij ontslag.

6.2.2. Therapievariabelen

Nagegaan is of de 12 therapievariabelen een voorspellende waarde hebben voor de relatieve verandering bij ontslag. Daartoe is onderzocht of Rt-DB4 voorspelbaar is op grond van de therapie variabelen. In Tabel 6.III. is te zien dat de multipele korrelatie koëfficient middelmatig is (0.55). Hiermee wordt 31 % van de variantie verklaard. Deze waarde daalt na statistische kruisvalidatie tot 22 % (n=28). De variabelen die een bijdrage leverden in de voorspelbaarheid zijn : dwangklachten, rationeel denken en assertief handelen. Een gunstig resultaat behalen klienten die evident te kampen hebben met dwangklachten, terwijl ze bij opname relatief in staat zijn rationeel te denken en assertief op te treden.

6.2.3. Persoonlijkheids- en therapievariabelen

Hier wordt nagegaan of de 12 persoonlijkheids- en de 12 therapievariabelen gezamenlijk voorspellende waarde hebben met betrekking tot de relatieve verandering bij ontslag (RT-DB4). Zoals in Tabel 6.IV. valt af

Tabel 6.II. Stapsgewijze multiële regressie analyse van 12 Persoonlijkheidsvariabelen op RT-DB4.

Voorspeller variabelen (min. n=37)	Multiële R coëfficiënt	Kruis-validatie R^2 gecorr.	Gestand. hellings-coëff. β	F	p
NPV-SI	.34	.9	-.34	4.46	<0.05
ABV-NS	.43	.14	.29	3.96	<0.05

Tabel 6.III. Stapsgewijze multiële regressie analyse van 12 Therapievariabelen op RT-DB4.

Voorspeller variabelen (min. n=28)	Multiële R coëfficiënt	Kruis-validatie R^2 gecorr.	Gestand. hellings-coëff. β	F	p
T-AMO	.43	.16	-.43	6.03	<0.05
T-DB	.51	.21	.28	4.51	<0.05
T-RAS	.55	.22	-.21	3.53	<0.05

Tabel 6.IV. Stapsgewijze multiële regressie analyse van 12 Persoonlijkeids- en 12 Therapievariabelen op RT-DB4.

Voorspeller variabelen (min. n=28)	Multiële R coëfficiënt	Kruis-validatie R^2 gecorr.	Gestand. hellings-coëff. β	F	p
T-AMO	.43	.16	-.43	6.03	<0.01
T-DB	.51	.21	.28	4.50	<0.01
ABV-T	.56	.23	.23	3.16	<0.01

te lezen is er een middelmatige multi-pele korrelatie koëfficient (0.56) gevonden. Dit verklaart 31 % van de variantie en bij statistische kruisvalidatie 23 % (n=28). Deze percentages zijn laag te noemen. Een gunstig resultaat is te voorspellen indien de klient duidelijk dwangklachten rapporteert en een zelfdefensieve houding aanneemt, doch betrekkelijk rationeel kan denken.

Samenvattend kan worden gekonkludeerd dat het effect van dwang bij ontslag matig voorspellend is op basis van persoonlijkheids- en therapievariabelen van de opnamemeting.

6.3. Dwang : Voorspelbaarheid effect bij follow-up

Waar het in het voorafgaande ging om voorspelbaarheid van effect van dwang bij ontslag, betreft het hier de voorspelbaarheid van effect van dwang op de lange termijn bij dwangklanten. Met effect op lange termijn wordt bedoeld het effect gemeten bij follow-up na ontslag, en dit effect wordt vergeleken met dat van ontslag, in die zin dat de diskrepantie daartussen (DRT-DB4,5) wordt bepaald. Ook hier wordt achtereenvolgens onderzocht het voorspellend vermogen van : (a) 12 persoonlijkheidsvariabelen, (b) 12 therapievariabelen en (c) de combinatie van 12 persoonlijkheids- en 12 therapievariabelen. Bij de interpretatie dient men rekening te houden met de richting van samenhang met de criteriumvariabelen konform de transformatie van de skores : Een positieve RT-skore impliceert vooruitgang, een negatieve RT-skore impliceert achteruitgang. Een positieve, resp. negatieve samenhang met persoonlijkheidsvariabelen wijst op hoge, resp. lage skores op deze variabelen, de betekenis waarvan in par. 6.1. aangegeven is. Een positieve, resp. negatieve samenhang met therapievariabelen wijst op een ongunstig, resp. gunstig effect op deze variabelen.

6.3.1. Persoonlijkheidsvariabelen

Teneinde de voorspellende waarde van de 12 persoonlijkheidsvariabelen na te gaan wordt de relatie bestudeerd tussen de criterium variabele DRT-DB4,5 en anderzijds de persoonlijkheidsvariabelen. Zoals in Tabel 6.V. is te zien, is er een multi-pele korrelatie koëfficient van een middelmatig nivo (0.55) gevonden. Van de variantie is 31 % verklaard. Na statistische kruisvalidatie 25 % (n=26). Een duurzaam effect doet zich voor bij klienten die een relatief hoger intelligentie-nivo en een positieve instelling ten opzichte van zichzelf hebben, zoals vastgesteld bij opname.

6.3.2. Therapievariabelen

Vervolgens wordt de voorspellende waarde van de 12 therapievariabelen voor het lange termijn effect nagegaan. In Tabel 6.VI. is af te lezen dat een middelmatige korrelatie koeffoient is gevonden (0.47), welke 22 % van de variantie verklaart. Na statistische kruisvalidatie daalt de waarde tot 15 % bij 24 klienten. Men kan stellen dat een duurzaam sukses is te bereiken naarmate de klient meer dwangklachten en een betrekkelijk negativistische instelling heeft. De resultaten zijn statistisch evenwel niet signifikant, zodat de nodige voorzichtigheid bij de interpretatie is geboden.

6.3.3. Persoonlijkheds- en therapievariabelen

Terwijl in de twee voorgaande paragrafen is nagegaan of de 12 persoonlijkheids- en de 12 therapievariabelen gescheiden voorspellende waarde hebben, wordt hier nagegaan of ze gezamenlijk een voorspellende waarde hebben. Zoals in Tabel 6.VII. is weergegeven, is een duurzaam gunstig effekt (DRT-DB4,5) goed voorspelbaar ($R=0.79$). Hiermede is 63 % van de variantie verklaard, na statistische kruisvalidatie 50 % ($n=24$). Positief is het effekt op lange termijn voor intelligente klienten met een negativistische instelling en een lage zelfaktualisatie. Zelfwaardering is aanwezig. Voorts blijken ze wel rigide doch niet wantrouwend te zijn.

6.4. Fobie : Voorspelbaarheid effekt bij ontslag

Analoog aan het onderzoek bij dwang wordt het verband tussen de kriterium variabele (RT-JV4) en de voorspellervariabelen voor het effekt bij ontslag bij fobieklienten onderzocht. En wel door het voorspellend vermogen van de eerder genoemde variabelen na te gaan. Deze zijn : (a) 12 persoonlijkheidsvariabelen, (b) 12 therapievariabelen en (c) de kombinatie van 12 persoonlijkheids- en 12 therapievariabelen. Bij de interpretatie dient men rekening te houden met de richting van samenhing met de kriterium variabelen konform de transformatie van de skores : Een positieve RT-skore impliceert vooruitgang, een negatieve RT-skore impliceert achteruitgang. Een positieve, resp. negatieve samenhing met persoonlijkheidsvariabelen wijst op hoge, resp. lage skores op deze variabelen, de betekenis waarvan in par. 6.1. aangegeven is. Een positieve, resp. negatieve samenhing met therapievariabelen wijst op een ongunstig, resp. gunstig effekt op deze variabelen.

Tabel 6.V. Stapsgewijze multiële regressie analyse van 12 Persoonlijkheidsvariabelen op DRT-DB4,5.

Voorspeller variabelen (min. n=26)	Multiële R coëfficiënt	Kruis-validatie R ² gecorr.	Gestand. hellings-coëff. β	F	p
IQ	.50	.22	-.50	7.90	<0.01
NPV-ZW	.55	.25	-.26	5.70	<0.01

Tabel 6.VI. Stapsgewijze multiële regressie analyse van 12 Therapievariabelen op DRT-DB4,5.

Voorspeller variabelen (min. n=24)	Multiële R coëfficiënt	Kruis-validatie R ² gecorr.	Gestand. hellings-coëff. β	F	p
T-MMN	.38	.10	-.38	3.70	n.s.
T-DB	.47	.15	-.28	3.02	n.s.

Tabel 6.VII. Stapsgewijze multiële regressie analyse van 12 Persoonlijkeids- en 12 Therapievariabelen op DRT-DB4,5.

Voorspeller variabelen (min. n=24)	Multiële R coëfficiënt	Kruis-validatie R ² gecorr.	Gestand. hellings-coëff. β	F	p
IQ	.50	.21	-.50	7.24	<0.01
T-MMN	.58	.27	-.30	5.37	<0.01
NPV-ZW	.66	.36	-.36	5.27	<0.01
T-POI	.72	.42	-.31	5.10	<0.01
NPV-VE	.74	.43	.21	4.50	<0.01
NPV-RG	.79	.50	-.36	4.80	<0.001

6.4.1. Persoonlijkheidsvariabelen

Om de voorspellende waarde van de 12 persoonlijkheidsvariabelen voor het effect bij ontslag na te gaan, wordt de relatie onderzocht tussen enerzijds de criteriumvariabele RT-JV4 en anderzijds de persoonlijkheidsvariabelen. Zoals in Tabel 6.VIII. is te zien is er een multipele korrelatie coëfficiënt van een middelmatig nivo gevonden (0.50). Er is een verklaarde variantie van 25 %, die na statistische kruisvalidatie 14 % blijkt te zijn (n=25). Een gunstig effect bij ontslag hadden klanten die naar verhouding minder te kampen hebben met functioneel-somatische klachten, weinig sociaal geremd waren, maar wel zich gespannen en depressief voelen. Aangetekend dient te worden dat zij niet een significante bijdrage leveren, hetgeen betekent dat de voorspelling door eerder genoemde variabelen bij toeval kon zijn teweeggebracht.

6.4.2. Therapievariabelen

Om de voorspellende waarde van de 12 therapievariabelen voor het effect bij ontslag te bepalen is vervolgens RT-JV4 in relatie tot de 12 therapievariabelen onderzocht. Deze studie leverde geen relevante informatie op. Er was een gematigde positieve multipele korrelatie gevonden ($R=0.36$) met de variabele fobische klachten, welke 13 % van de variantie verklaart. Bij statistische kruisvalidatie 8 % (n=20), terwijl het geheel statistisch niet significant was.

6.4.3. Persoonlijkheids- en therapievariabelen

De 12 persoonlijkheids- en de 12 therapievariabelen gezamenlijk blijken geen voorspellende waarde voor het therapie-effect bij ontslag te hebben. Het onderzoek naar het verband tussen RT-JV4 enerzijds en de combinatie van persoonlijkheids- en therapievariabelen anderzijds, leverde geen statistisch significante bevindingen. Behalve een positief verband met fobische klachten is er een gematigde negatieve multipele korrelatie met functioneel somatische klachten gevonden ($R=0.46$). 21 % Van de variantie is hiermede te verklaren, bij statistische kruisvalidatie 11 % (n=19) (zie Tabel 6.IX.). Al met al kan worden gekonkludeerd dat het effect van fobie bij ontslag eigenlijk niet goed voorspelbaar is op basis van persoonlijkheids- en therapievariabelen van de opnamemeting.

6.5. Fobie : Voorspelbaarheid effect bij follow-up

Terwijl het in het voorgaande de voorspelbaarheid van het effect van fobie bij ontslag betreft, gaat het hier om de voorspelbaarheid van het lange

Tabel 6.VIII. Stapsgewijze multiële regressie analyse van 12 Persoonlijkheidsvariabelen op RT-JV4.

Voorspeller variabelen (min. n=25)	Multiële R coëfficiënt	Kruis-validatie R^2 gecorr.	Gestand. hellings-coëff. β	F	p
NPV-IN	.35	.8	.35	3.18	n.s.
ABV-NS	.44	.12	-.27	2.61	n.s.
NPV-SI	.50	.14	-.24	2.30	n.s.

Tabel 6.IX. Stapsgewijze multiële regressie analyse van 12 Persoonlijkheids- en 12 Therapievariabelen op RT-JV4.

Voorspeller variabelen (min. n=19)	Multiële R coëfficiënt	Kruis-validatie R^2 gecorr.	Gestand. hellings-coëff. β	F	p
T-JV	.36	.8	.36	2.56	n.s.
ABV-NS	.46	.11	-.29	2.16	n.s.

Tabel 6.X. Stapsgewijze multiële regressie analyse van 12 Persoonlijkheidsvariabelen op DRT-JV4,5.

Voorspeller variabelen (min. n=19)	Multiële R coëfficiënt	Kruis-validatie R^2 gecorr.	Gestand. hellings-coëff. β	F	p
NPV-DO	.33	.6	.33	2.15	n.s.
ABV-N	.45	.10	.33	2.05	n.s.

termijn effect. Met lange termijn effect wordt bedoeld het effect gemeten bij follow-up na ontslag en dit effect vergeleken met dat van ontslag, in die zin dat de diskrepantie daartussen (DRT-JV4,5) wordt bepaald. Achtereenvolgens wordt het voorspellend vermogen onderzocht van : (a) 12 persoonlijkheidsvariabelen, (b) 12 therapievariabelen en (c) de combinatie van 12 persoonlijkheids- en 12 therapievariabelen. Bij de interpretatie dient men rekening te houden met de richting van samenhang met de criteriumvariabelen konform de transformatie van de skores : Een positieve RT-skore impliceert vooruitgang, een negatieve RT-skore impliceert achteruitgang. Een positieve, resp. negatieve samenhang met persoonlijkheidsvariabelen wijst op hoge, resp. lage skores op deze variabelen, de betekenis waarvan in par. 6.1. aangegeven is. Een positieve, resp. negatieve samenhang met therapievariabelen wijst op een ongunstig, resp. gunstig effect op deze variabelen.

6.5.1. Persoonlijkheidsvariabelen

De voorspellende waarde van de 12 persoonlijkheidsvariabelen voor het effect bij follow-up is nagegaan door het verband te onderzoeken tussen DRT-JV4,5 enerzijds en de persoonlijkheidsvariabelen anderzijds. De bevindingen hebben geen statistisch significante gegevens opgeleverd, zodat bij de interpretatie de nodige voorzichtigheid is geboden. Gevonden is dat een duurzaam gunstig effect te relateren is met een lage dominantie ($R=0.36$) en een lage neuroticisme ($R=0.46$). Resp. is 13 % en 21 % van de variantie te verklaren, welke bij statistische kruisvalidatie afneemt naar 8 % en 11 % bij 11 klienten (zie Tabel 6.X.).

6.5.2. Therapievariabelen

Vervolgens is de voorspellende waarde van de 12 therapievariabelen voor het effect bij follow-up nagegaan door middel van de bestudering van de relatie tussen DRT-JV4,5 en de therapievariabelen (zie Tabel 6.XI.). De multipiele korrelatie coëfficiënt is zeer hoog te noemen ($R=0.80$). Deze verklaart 64 % van de variantie, na statistische kruisvalidatie 48 % ($n=17$). Een duurzaam gunstig therapie effect bij klienten is aan de hand van de volgende variabelen te voorspellen : Enerzijds veel fobische klachten en (sociale) verlegenheid en anderzijds relatief weinig algemene klachten, lage autonome "arousal" en betrekkelijk weinig dwangklachten. De korrelatie met fobische klachten en dwangklachten blijkt statistisch niet significant.

Tabel 6.XI. Stapsgewijze multiële regressie analyse van 12
Therapievariabelen op DRT-JV4,5.

Voorspeller variabelen (min. n=17)	Multiële R coëffi- ciënt	Kruis- validatie R ² gecorr.	Gestand. hellings- coëff. β	F	p
T-SCL	.49	.19	.49	4.70	<0.05
T-JV	.58	.24	-.40	3.48	n.s.
T-DB	.65	.28	.32	3.08	n.s.
T-SRQ	.72	.35	.39	3.16	<0.05
T-MMV	.80	.48	-.42	3.96	<0.05

Tabel 6.XII. Stapsgewijze multiële regressie analyse van 12
Persoonlijkeids- en 12 Therapievariabelen op
DRT-JV4,5.

Voorspeller variabelen (min. n=17)	Multiële R coëffi- ciënt	Kruis- validatie R ² gecorr.	Gestand. hellings- coëff. β	F	p
T-SCL	.49	.19	.49	4.71	<0.05
NPV-DO	.60	.27	.35	3.94	<0.05
T-POI	.68	.34	.39	3.70	<0.05
T-SRQ	.72	.36	.27	3.26	<0.05
T-JV	.82	.53	-.65	4.57	<0.01
T-DB	.87	.60	.35	4.99	<0.01
NPV-SI	.89	.67	-.41	6.43	<0.001
ABV-T	.96	.85	.45	14.52	<0.001

6.5.3. Persoonlijheids- en therapievariabelen

Tot slot is nagegaan of de 12 persoonlijkheids- en de 12 therapievariabelen gezamenlijk voorspellende waarde hebben voor het lange termijn effect. Hiertoe werd het verband tussen DRT-JV4,5 en de persoonlijkheids- en de therapievariabelen anderzijds bestudeerd. Zoals in Tabel XII. is weergegeven is er een zeer hoge multi-pele korrelatie koëfficient gevonden (0.96). Deze verklaart 92 % van de variantie, na statistische kruisvalidatie 85 % bij 17 klanten. Geselecteerd zijn 3 persoonlijkheidsvariabelen en 5 therapievariabelen. Algemeen is te stellen dat gunstige resultaten bij follow-up voorspelbaar is voor klanten die van de ene kant duidelijk te kampen hebben met fobische klachten en in de omgang zichzelf inkompetent achten, maar van de andere kant betrekkelijk weinig algemene- en dwangklachten hebben, een niet al te dominante houding innemen, een betrekkelijk lage zelfaktualisatie hebben, een lage autonome "arousal" vertonen en een lage zelfdefensieve instelling hadden bij de invulling van de vragenlijsten.

6.6. Evaluatie

"Drop outs" zijn van de "blijvers" niet specifiek te onderscheiden op grond van biografische en diagnostische gegevens. "Drop outs" vallen allen op doordat zij een laag beroepsnivo hebben. Zoals opgetekend bij opname worden zij in hun levensonderhoud door anderen voorzien en hebben zij geen partner. Deze factoren lijken samen te hangen met ongemotiveerdheid de behandeling tot een goed einde te brengen.

Dwangklanten die hun behandeling hebben voltooid laten zich biografisch en diagnostisch niet duidelijk differentieren. Daarentegen lijkt de kans op duurzame vooruitgang groter voor relatief jongere klanten met lichte dwangklachten en met gezins- of familieproblemen. Een duurzaam gunstig effect blijkt in het bijzonder goed voorspelbaar voor intelligente klanten. Zij hebben echter wel een relatief lage zelfaktualisatie, zijn relatief rigide en negativistisch, maar zij voelen zich niet verongelijkt. Zij geven te kennen optimistisch van aard te zijn.

Van de fobieklanten die hun behandeling voltooid hebben, blijken het de jonge, getrouwde vrouwen met relationele problemen en (fobische) klachten van relatief lichtere aard te zijn, die een duurzaam gunstig resultaat hebben behaald. Een duurzame vooruitgang blijkt met name goed voorspelbaar bij klanten die onmiskenbare fobische klachten, maar geen dwang of andere klachten hebben. Het betreft voorts klanten die niet een gunstiger beeld van zichzelf geven dan in feite het geval is en die sociaal introvert en submissief zijn. In het algemeen hebben zij naar verhouding reeds een hoog nivo van zelfaktualisatie en een laag nivo van autonome "arousal".

6.7. Referenties

- Beenen, F. (1974) : Hoe langer hoe gekker ...? Voorspellen en Begrijpen van de Opnameduur van Psychiatrische Patientten. Vinkeveen : Academic Service.
- Cook, R.D. (1977) : Detection of influential observations in linear regression. *Technometrics*, 19, 15-18.
- Luteyn, F., Starren, J. en Van Dijk, H. (1975) : Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst : Handleiding. Lisse : Swets en Zeitlinger.
- Neter, J. en Wasserman, W. (1974) : *Applied Linear Statistical Models*. Homewood, Ill. : Irwin.
- Wilde, G.J.S. (1970) : *Neurotische Labiliteit, Gemeten volgens de Vragenlijst Methode*. Amsterdam : Van Rossen.

SLOTBESCHOUWING

Over de methode.

De kritiek die voor de literatuur betreffende therapie-effecten geldt, is mutatis mutandis ten aanzien van de toegepaste methodologie ook hier op dit onderzoek van toepassing. Derhalve is het nodig een aantal kritische kanttekeningen te maken, binnen welk raamwerk de resultaten van dit onderzoek dienen te worden gezien. In de eerste plaats zij opgemerkt dat in een werksituatie waar dienstverlening op de eerste plaats staat, noodzakelijk geachte therapeutische interventies niet kunnen worden onthouden. Derhalve ontbreken gegevens van een niet-behandelde controlegroep en kan het effect van klinische multimodale gedragstherapie niet beter dan d.m.v. intra-individuele controle worden onderzocht. Indien uit de gegevens blijkt dat de tussen-, ontslag- en follow-upmeting gunstiger uitvallen dan de voor- en opnamemeting is het verdedigbaar te konkluderen dat de gevonden veranderingen toegeschreven kunnen worden aan de behandeling. Daarbij is de statistische norm voor een gunstig effect dermate hoog opgevoerd dat het gewicht van de konklusie ten aanzien van de effectiviteit hierdoor wordt verzwaard. Er werd getracht binnen het kader van de beperkingen van de onderzoeksmethode zo exact mogelijk te werken. Het aanbrengen van getallen, tabellen, figuren en het toepassen van statistische analyses kunnen de beperkingen van een quasi-experimentele opzet echter niet teniet doen. Het nadeel van het ontbreken van een niet-behandelde controlegroep kan enigermate worden ondervangen, ofschoon niet geheel worden opgeheven. Het onderzoek is en blijft verkennend c.q. beschrijvend van aard en de resultaten dienen dan ook als zodanig te worden geïnterpreteerd.

Door de aard van de werkwijze geeft multimodale therapie beperkingen ten aanzien van het onderzoek naar de specificiteit van de therapie-effecten. Een multimodale kijk op gedrag komt overeen met de "drie-systemen" theorie over emotie. Deze houdt in dat cognitieve processen, motorische handelingen en psychofysiologische "arousal" betrekkelijk onafhankelijk van elkaar functioneren, en ook in de therapie betrekkelijk onafhankelijk van elkaar kunnen veranderen. Vanuit deze gedachtengang is het noodzakelijk dat in de verschillende gedragsdimensies wordt geïntervenieerd. Het BASIC-I.D. kan worden beschouwd als een verdere uitwerking van de "drie-systemen" theorie doordat de zeven modaliteiten hiervan een meer verfijnde indeling inhouden. Door het BASIC-I.D. als een "checklist" te gebruiken, wordt in klinische multimodale gedragstherapie ernaar gestreefd dat zoveel mogelijk dimensies in de behandeling worden betrokken. De functionele waarde van het BASIC-I.D. wordt ondersteund door de resultaten van het onderzoek waarin veranderingen in denken, voelen en handelen op verschillende wijze werden bewerkstelligd. Het feit dat veranderingen ten gunste zich op verschillende gebieden voordoen, bevestigt de klinische indrukken en is in overeenstemming met de doelstelling waaraan in multimodale therapie wordt gewerkt.

Dat dwangklanten in tegenstelling tot fobieklanten meer geneigd

zijn tot terugvallen hangt mogelijk samen met het feit dat in geval van dwang vooruitgang op de criteriumvariabele niet gepaard ging met vooruitgang op verschillende andere gebieden. Dit heeft mogelijk te maken met het gegeven dat dwangklienten "isoleren", inhoudende dat bij hen denken, voelen en handelen relatief meer los staan van elkaar dan bij fobieklienten. Op grond van deze overwegingen kan worden gesteld dat bij dwangklienten meer expliciet dan tot nog toe het geval was in de verschillende gedragsmodaliteiten afzonderlijk veranderingen dienen te worden aangebracht.

In dit onderzoek werd het effect van klinische multimodale gedragstherapie geëvalueerd met behulp van de vragenlijstmethode. Dit impliceert dat meting van inhoud en draagwijdte van de resultaten aan beperkingen onderhevig is. Op de eerste plaats is informatie bijna uitsluitend afkomstig van de klient zelf, waardoor deze niet kan worden vergeleken met die van de therapeut of onafhankelijke derden. Invoering van een procedure waaraan beoordelaars deelnemen, zou echter gezien de bewerkelijkheid van het huidige onderzoek praktisch moeilijk haalbaar zijn geweest. Op de tweede plaats impliceert het grootscheeps gebruik van de vragenlijstmethode dat er geen ruimte meer was voor andere methoden zoals de interviewmethode, de gedragsobservatie en de meting van psychofysiologische variabelen. Ook hier geldt dat de uitvoering van deze methoden praktisch onhaalbaar was. Gezien het feit dat het huidige onderzoek reeds ten aanzien van belasting voor klienten en ten aanzien van arbeidsintensiteit van het onderzoek de grenzen van het mogelijke had bereikt, dient in toekomstig onderzoek een korte batterij te worden opgenomen. De invoering hiervan hangt af van de beschikbaarheid van kortere maar betrouwbare en valide vragenlijsten. Zo kan een verkorte fobielijst en de Maudsley dwang-inventaris, een relatief korte dwang vragenlijst, als alternatief voor JVI resp. IDB worden ingevoerd. HSCL voldeed naar wens als maat voor algemeen neurotische klachten. Of POI (zelfaktualisatie) in een volgend onderzoek opnieuw dient te worden afgenomen is de vraag. De bewering blijft gehandhaafd dat het van belang is om een indicatie te verkrijgen van de "gezonde" levensgebieden van de klient. Er dient echter een alternatief instrument te worden gezocht dat valide is en qua psychologische taal beter aansluit op de gedragsmatige benadering. AMO is vooralsnog het enig Nederlandstalig instrument dat bedoeld is om de mate van (ir)rationeel denken te meten. Assertiviteit kan wellicht beter door SIG (Schaal voor Sociaal Interpersoonlijk Gedrag) dan door RAS worden gemeten in verband met validiteit, betrouwbaarheid en beschikbaarheid van normen. Voor de vervanging van de te lange SRQ zou kunnen worden gedacht aan de kortere state-trait angst- en boosheid-vragenlijst. Van het gebruik van de verkorte MMPI kan in het vervolg gezien de matige uitkomsten beter worden afgezien. Het gebrek aan validiteit, zoals de NIP dokumentatie aangeeft, lijkt hier deels te worden bevestigd. Persoonlijke verandering op de dimensies negativisme, verlegenheid en extravasie van de MMPI heeft niet plaats gevonden. Een uitzondering vormde somatisering. De dimensie ernstige psychopathologie bleek niet van toepassing. In het vervolg kan men beter afzien van het gebruik van persoonlijkheidsschalen om therapieeffect te evalueren. Met het bovenstaande is een idee voor een alternatieve efficiëntere batterij gegeven, die inmiddels op de AG ook is ingevoerd. Bijgevolg komt ruimte

vrij om ook informatie te verwerven via onafhankelijke beoordelaars en d.m.v. de interviewmethode.

Men kan de vraag stellen of dit onderzoek voldeed aan eisen van interne en externe validiteit. Wat betreft interne validiteit (betrouwbaarheid) worden geschiedenis, rijping, test- effect, regressie en uitval besproken :

(a) Geschiedenis. Het is niet onmogelijk dat bijv. een nieuwe vriendschap of de menopauze het therapie- effect gunstig dan wel ongunstig kan hebben beïnvloed, zodat de resultaten niet eenduidig kunnen worden toegeschreven aan de behandeling. De gegevens over de opnameperiode van de klient wijzen echter uit dat het optreden van dergelijke voor de klient significante gebeurtenissen zelden voorkwam. De konklusie is derhalve dat de faktor geschiedenis in dit onderzoek niet van invloed is op de resultaten.

(b) Rijping. Omdat de klachten van de klienten chronisch van aard waren, kan worden aangenomen dat spontaan herstel tijdens de behandeling niet heeft plaatsgevonden.

(c) Test-effect. De invloed van test-effect kon niet worden achterhaald. Het is niet onmogelijk dat deze is opgetreden, maar waarschijnlijk is het niet. Ten eerste omdat een groot aantal vragenlijsten werd afgenomen, en ten tweede omdat het niet waarschijnlijk is dat door het invullen van vragenlijsten alleen de bedoelde therapie-effecten konden worden bewerkstelligd. Het is niet waarschijnlijk dat herinnering een rol van betekenis kan hebben gespeeld.

(d) Regressie. Regressie naar het gemiddelde verwijst naar het gemiddelde individu en standaard skores. Klienten met extreme skores (extreem in termen van standaard deviatie eenheden) skoren niet meer zo extreem wanneer de tweede, derde, enz. keer gemeten wordt. Bij meting op een later tijdstip zal er een tendens zijn dat de klient een skore behaalt die dichterbij het gemiddelde ligt. Wanneer dit fenomeen optreedt, valt het niet eenduidig te stellen dat het effect aan de therapie is toe te schrijven. De hoeveelheid regressie is een funktie van pretest- posttest korrelatie. Bij een korrelatie van 0.00 is er een volledige regressie naar het gemiddelde (bij $r = 1.00$ is er geen regressie). Om na te gaan of deze vorm van invaliditeit een rol speelt zijn de feitelijke relatieve veranderingen op de metingen 4 en 5 gekorreleerd aan meting 2, waarvan de invloed werd uitgepartialiseerd. De korrelatieve waarden lagen tussen 0.18 en 0.36. Hiermede is aangetoond dat de validiteit niet door regressie bedreigd wordt.

(e) Uitval. "Drop out" vond plaats bij 12 (van de 96) klienten binnen 6 weken na opname. In hoeverre daardoor de resultaten van het onderzoek werden vertekend was niet goed na te gaan. Het is mogelijk dat daardoor een gunstiger beeld is ontstaan. De bevindingen van dit onderzoek zijn beperkt tot alleen de klienten die in behandeling bleven. Uitval bij follow-up heeft niet plaats gevonden. Dat desondanks 13 (van de 44) dwangklienten en 9 (van de 40) fobieklienten van de follow-up werden uitgesloten heeft te maken met het feit dat deze klienten bij afsluiting van het onderzoek nog geen half jaar tevoren waren ontslagen, zodat er geen follow-up gegevens van hen konden worden vergaard.

Wat betreft externe validiteit (generalisering) worden besproken de interactie van test-effect en interventie, invloed van de onderzoeks-

situatie en interferentie van behandelingen als factoren die een bedreiging kunnen vormen :

(a) Interaktie van test-effekt en interventie. Wat de invloed was van de interactie tussen invulling van de lijsten en behandeling (verhoogde gevoeligheid voor relevante variabelen met het meten) kan niet goed worden onderzocht. Zoals reeds opgemerkt is het niet plausibel dat klanten door invulling van de lijsten alleen nieuwe gedragsvaardigheden kunnen leren. Het interactie-effekt zou kunnen worden achterhaald indien er een groep beschikbaar is die alleen bij nameting de lijsten had ingevuld. Een dergelijke opzet was door het geringe aantal klanten echter niet haalbaar, zodat invloed van deze faktor niet te achterhalen is.

(b) Reactieve effecten van de onderzoekssituatie. Onder de invloed van de situatie wordt verstaan dat gedragsverandering kan zijn opgetreden alleen door het feit dat de klient als gevolg van de opname in een andere omgeving kwam en door het feit dat de klient deelnam aan onderzoek c.q. onderwerp van studie was. Zo kan een fobische klient die bang is om alleen te zijn gedurende het verblijf op de afdeling hoegenaamd geen klachten hebben. Om deze vorm van externe invaliditeit op te heffen dienden de klienten als regel in de weekeinden naar huis te gaan en was de therapie gericht op veranderingen in de eigen leefsituatie. Om externe invaliditeit als gevolg van deelname aan onderzoek, i.c. objekt van studie te zijn, op te heffen, werd evaluatie d.m.v. het invullen van vragenlijsten gesteld als inherent onderdeel van de behandeling. Voorts werden de lijsten op gezette tijden "routinematig" en zonder ophef als vast administratief onderdeel van de opname afgenomen.

(c) Interferentie van therapeutische interventies. Indien meer interventies worden toegepast en de effecten van voorgaande procedures en technieken niet uitwisbaar zijn, is er sprake van interferentie van interventies. Deze faktor is niet relevant daar het hier gaat om het totaal effect. Feit is dat de combinatie van de therapeutische interventies een ander totaal effect geeft dan dat deze afzonderlijk zouden worden toegepast. Dit gekombineerd effect werd juist in multimodale gedragstherapie nagestreefd. Er valt niet precies na te gaan wat de specifieke effecten van de trainingen zijn, daarvoor is een andere opzet nodig. Niettemin kan men een indruk krijgen van het relatief effect van de afzonderlijke elementen (zoals met name rationeel denken, ontspannen voelen en assertief handelen) binnen het kader van het totaalpakket door de specificiteit van de interventies en van de metingen nagaan. De generaliseerbaarheid van de resultaten van dit onderzoek geldt voor het gehele programma.

Over het effect.

Op grond van de resultaten van het effect-onderzoek kan worden gekonkludeerd dat op korte termijn (bij ontslag) 4 op de 5 en op lange termijn (bij follow-up) 3 op de 5 chronische dwang- en fobieklienten in vergelijking met de opname vooruit gegaan zijn. Bij ontslag (ca. 8 maanden na opname) gingen 8 a 9 op de 10 dwangklienten en 7 a 8 op de 10

fobieklienten duidelijk vooruit. Bij follow-up (ca. 9 maanden na ontslag) bleken 7 a 8 op de 10 dwangklienten en 5 a 6 op de 10 fobieklienten duidelijk vooruit te zijn gegaan. Gekonkludeerd mag worden dat over het algemeen, zowel bij ontslag als bij follow-up, naar verhouding meer dwangklienten baat hadden van de behandeling dan fobieklienten. De hier gevonden verhoudingen komen zeer dicht bij de bevindingen van Eysenck welke betrekking hebben op klienten die ambulant psychotherapeutisch werden behandeld, maar komen niet overeen met eerdere resultaten met betrekking tot de uitkomst van gedragstherapie. Zowel Eysenck als Wolpe en Sloane et al. stellen dat gedragstherapie duurzame vooruitgang bewerkstelligt bij ca. 90 % van een groep ambulant behandelde klienten waarvan de ernstige gevallen waren buitengesloten. Aangezien het in dit onderzoek klienten betreft die de klinische behandeling als "laatste strohalm" beschouwden (75 % had de klachten langer dan 4 jaar) en in het ambulante circuit waren "opgegeven" (90 % was reeds ambulant en/of klinisch behandeld geweest) mogen de resultaten bevredigend worden genoemd. In hun subjektieve beleving zeggen alle klienten die aan het onderzoek hebben deelgenomen bij ontslag, baat te hebben gehad van de klinische multimodale therapie.

Het mag in vergelijking met de literatuur eveneens bevredigend worden genoemd dat bij follow-up (n=62) in vergelijking tot opname 3 op de 10 klienten in hun klachten gelijk zijn gebleven en 1 op de 10 klienten uiteindelijk is achteruitgegaan dan wel consistent is achteruitgegaan. Nadere analyse van de klienten die een negatieve uitkomst hadden, laat zien dat het gaat om 3 dwangklienten (5 %) die uiteindelijk zijn achteruitgegaan en 2 fobieklienten (3 %) die consistent (van ontslag af) zijn achteruitgegaan. Indien vergeleken met resultaten zoals gerapporteerd in de literatuur, 5-10 % negatieve uitkomst (Strupp et al.), zijn de hier gevonden percentages min of meer gelijk. Van genoemde 5 klienten bestaat de indruk dat ziektewinst, met name in de vorm van sociale "beloning", de belangrijkste faktor was in het negatieve resultaat. Maar in feite boekten alle klienten zonder enige uitzondering materiele en/of sociale winst. Frekwent werd o.m. waargenomen het genieten van een (WAO) uitkering zonder perspectief voor een nieuwe baan na vooruitgang door behandeling, het kunnen krijgen van aandacht, of het kunnen/ mogen ontlopen van verantwoordelijkheden. Van degenen die als gevolg van de klinische therapie vooruitgegaan zijn, wijst klinische observatie uit dat zij in tegenstelling tot de gerefereerde 5 klienten in staat waren geweest hun ziektewinst onder ogen te zien en uiteindelijk op te geven. De specifieke interventies zoals gedragsoefeningen, rationele training, assertiviteitstraining en relaxatietraining kunnen pas werkzaam zijn wanneer de klient inzicht heeft in bestaan en aard van ziektewinst ook in emotionele zin. Pas indien de klient voldoende doorvoeld inzicht heeft kan hij de stap doen van het opgeven van de ziektewinst op korte termijn in ruil voor de wat ongewisse voordelen van "gezondheid" op langere termijn. De konklusie mag worden getrokken dat in de toegepaste behandeling het verwerven van inzicht in de funktie van ziektewinst een belangrijke voorwaarde was. Een gunstige uitwerking van de klinische behandeling deed zich voornamelijk voor bij klienten die hun ziektewinst konden opgeven.

Bij follow-up werd over de gehele groep gekonstateerd dat in

vergelijking met ontslag 29 % verder was vooruitgegaan, 47 % stabiel was gebleven en 24 % was teruggevallen tot op het nivo van tussenmeting. Het verschijnsel terugval in het oude klachtenpatroon is een frekwent voorkomend probleem. Hieronder wordt verstaan dat er, vergeleken met ontslag, bij follow-up achteruitgang is opgetreden. Lazarus meldt dat in 30 % van zijn gevallen terugval zich heeft voor gedaan. De klanten die in dit onderzoek terugvielen waren, voorzover na te gaan, tevens degenen die na ontslag elders opnieuw in behandeling zijn gegaan. Gememoreerd mag worden dat 9 maanden na ontslag 78 % van de klanten geen behandeling elders meer hebben gezocht, 18 % ambulant in therapie was en 4 % in klinische therapie is gegaan. Er was de mogelijkheid een poliklinische nazorggroep tweewekelijks te bezoeken, waarvan door slechts de helft van de mensen gebruik werd gemaakt. Terugval kan door allerlei factoren worden veroorzaakt.

Op de eerste plaats kan terugval zijn gekomen doordat de opgedane kennis op de AG ten aanzien van het kunnen oplossen van emotionele problemen onvoldoende, dan wel niet goed genoeg bezonken was. Alleen door oefening in de praktijk, bij voorkeur in het eigen leefmilieu, kunnen vigerende levensproblemen worden opgelost en kan het probleemoplossend vermogen worden vergroot. Wanneer de problemen te omvangrijk waren om in 36 weken te worden opgelost, kan de spanning die hieruit voortvloeit na ontslag toch weer de overhand krijgen, waardoor de klachten opnieuw manifest kunnen worden. Klanten hebben naar verhouding van de zwaarte van hun klachten de tijd nodig om de nieuwe gedragsvaardigheden zich eigen te maken, teneinde zelfstandig emotionele problemen te kunnen oplossen.

Op de tweede plaats kon terugval zijn veroorzaakt doordat na ontslag nieuwe levensproblemen zich voordeden waartegen de klant zich niet wist te weren. Nieuwe problemen konden zich manifesteren op traumatische wijze, zoals bij een onverwacht sterfgeval, of op graduele wijze, zoals bij het "uitvliegen" van kinderen. Wanneer de klant in de therapie zich hier niet tegen heeft leren wapenen kunnen de spanningen die hieruit voortkomen leiden tot terugval in het oude "symptoom" gedrag.

In de 15 gevallen waarbij terugval tot op het nivo van tussenmeting werd gekonstateerd, waren beide oorzaken van terugval van toepassing. Doorgaans was er sprake van onvoldoende verworven c.q. bezonken kennis. In mindere mate hadden de teruggevallen klanten te kampen met nieuwe tegenslagen in het leven, hetgeen gezien de relatief korte follow-up duur van gemiddeld 9 maanden logisch lijkt. Kennelijk heeft niet iedereen genoeg aan de voorgeschreven opnameduur van 36 weken. Verlenging van deze periode is echter niet wenselijk, daar het gevaar van hospitalisering bij deze groep klanten aanwezig is. Bovendien werkte een van te voren vastgestelde opnametijd in het algemeen als aansporing van de klant zich in te zetten binnen de gestelde tijd van de klachten af te komen. De oplossing voor het probleem terugval dient op grond van bovenstaande overwegingen te worden gezocht in een meer graduele afbouw van de klinische therapie. Te denken valt aan de mogelijkheid voor eigen intensievere nazorg in de vorm van dagbehandeling en/of poliklinische behandeling als tussenfase(n) voordat de klant in de nazorggroep treedt.

Terug naar de discussie betreffende de effecten kan de vraag worden gesteld waar deze wel en waar niet aan toe te schrijven zijn. Behalve specifieke factoren, zoals in de afzonderlijke trainingen werden

nagestreefd, zijn mogelijk ook non-specifieke factoren werkzaam geweest. Op de eerste plaats kan worden genoemd het zich bevinden in een andere omgeving dan die waar men thuis is. Dit feit op zich kan als een "vakantie" of "huwelijks Pauze" leiden tot afname van de klachten. Op de tweede plaats is door het uitsluitend gebruik van zelfbeoordelingsschalen niet duidelijk vast te stellen in hoeverre zgn. "overdrachtsgenezingen" hebben plaatsgevonden. Het zou mogelijk zijn dat de klinische behandeling dermate intensief was, dat het voor sommige klanten niet goed mogelijk is te zeggen dat de therapie weinig heeft gedaan.

Men kan voorts denken aan de faktor tijd. Het is bekend dat "spontaan herstel" kan optreden zonder dat behandeling wordt toegepast, dus wanneer er louter tijd verstrijkt. Verondersteld wordt dat in de tussentijd belangrijke ervaringen zich voordoen, zoals bijv. het aangaan door de klant van een betekenisvolle relatie. Van de klanten die als hardnekkig bekend staande klachten van dwang en fobie dermate langdurig hebben, - 75 % had langer dan 4 jaar klachten -, kan logischerwijze niet worden verwacht dat verbetering alsnog spontaan zou zijn opgetreden. Vooruitgang werd in elk geval niet gekonstateerd bij opname, i.e. na de wachtperiode die gemiddeld een kleine 4 maanden heeft geduurd. Geen enkele klant was hersteld. Daarentegen vond Bergin dat over het algemeen 30 % van klanten voor ambulante psychotherapie spontaan herstelde. Deze resultaten staan zover van elkaar af dat gekonkludeerd kan worden, dat resultaten betreffende spontane remissie gevonden bij een ambulante groep niet mag worden gegeneraliseerd naar een klinische groep.

Verder kan worden gewezen op het placebo effect. Om de invloed van placebo effecten op zich te kunnen bepalen zou een "quasi- behandelings groep" moeten worden onderworpen aan onderzoek. Aangezien het om ethische en praktische redenen niet mogelijk was een dergelijke groep in het leven te roepen, kan niet worden vastgesteld of deze op zich al enig effect had kunnen bewerkstelligen. Placebo effect in de vorm van positieve verwachtingen c.q. hoop zou kunnen zijn opgeroepen naar aanleiding van het feit dat klanten enkele maanden moesten wachten op een opname in een gespecialiseerde instelling. Blijkens de onderzoeksresultaten vertoonde de duur van de wachttijd echter geen enkele samenhang met het effect bij ontslag, evenmin met het effect bij follow-up. Ofschoon dit op zich niet afdoende is om te stellen dat positieve verwachtingen niet zijn ontstaan c.q. ontwikkeld, wordt hier de mening voorgestaan dat hoop een van de noodzakelijke doch onvoldoende voorwaarden is voor therapeutische gedragsverandering. In toekomstig onderzoek dient hieraan aandacht te worden besteed.

Tenslotte kan worden gewezen op relationele factoren. Onder relationele factoren wordt verstaan faciliterende kenmerken van de therapeut, zoals o.a. echtheid, warmte en empathie, die non-specifieke effecten kunnen bewerkstelligen. In herinnering mag worden gebracht dat de klanten op de AG in behandeling waren bij een en dezelfde gedragstherapeut en bij verschillende co-therapeuten. Het hanteren van de therapeutische relatie was de taak van beiden. Doordat zij in professionele achtergrond varieerden, konden zij elkaar aanvullen en was een harmonische taakverdeling in het therapeutisch werk mogelijk. Zo waren de werkzaamheden van de gedragstherapeut meer gericht op de oplossing van de (relationele) levensproblemen en was het werk van de

co-therapeut meer gericht op het lenigen van "symptoom" gedrag. Beide werkzaamheden vereisen naast de Rogeriaanse kondities een soepele, tolerante en "waardenvrije" houding van de behandelaar. Doordat de taak van de co-therapeut gedelegeerd werd door de gedragstherapeut berustte de verantwoordelijkheid voor de hantering van de therapeutische relatie bij de laatste. Gedurende de behandeling van elk van de klanten werd ervoor gewaakt dat klient en therapeut goed kunnen samenwerken, d.w.z. toegezien werd dat het tussen beiden "klikt". Gezien de complexiteit van de structuur waar het team deel van uitmaakte en mede gezien in het licht van het relatief gering aantal klanten, was het schier onmogelijk om op wetenschappelijk verantwoorde wijze relationele factoren te isoleren van specifieke behandelingsfactoren. Voorlopig worden relationele factoren beschouwd als een belangrijke en noodzakelijke maar onvoldoende voorwaarde voor therapeutische gedragsverandering.

Over het proces.

Evaluatie van klinische multimodale gedragstherapie was niet alleen uitkomstgericht. Ook de procesmatige aspecten van de verschillende therapievariabelen kwamen aan bod, zodat de relatieve bijdrage van de interventies c.q. trainingen gedurende verschillende periodes kan worden nagegaan.

Duidelijk was te constateren dat sommige dwangklanten bij follow-up in vergelijking met ontslag op het gebied van de klachten tot op het nivo van tussenmeting achteruitgingen. Fobieklanten daarentegen wisten hun vooruitgang die ze geboekt hebben bij ontslag, bij follow-up te handhaven. Wanneer men dit resultaat bekijkt in het licht van het gegeven dat bij dwangklanten minder dan bij fobieklanten samenhang bestaat in verandering tussen criteriumvariabelen en therapievariabelen kan worden gekonkludeerd dat multimodale strategie meer aansloeg bij fobieklanten dan bij dwangklanten. Terugval bij dwangklanten kan vanuit de hypothese worden verklaard dat gedragsverandering niet multimodaal heeft plaatsgevonden. Omgekeerd kan worden gekonstateerd dat de stabiele verandering op de criteriumvariabelen bij fobieklanten tevens samenging met veranderingen in een breed spektrum van therapievariabelen. Dat de therapie minder aansloeg bij dwangklanten kan mogelijk komen door het eerder genoemde feit dat de laatsten door de aard van hun klacht isoleren. Door te isoleren komen dwangklanten er niet toe de nieuw geleerde gedragsvaardigheden, in het bijzonder op het gebied van denken en voelen, te integreren.

Op grond van analyse van het proces op elk van de therapievariabelen afzonderlijk kan niettemin worden gesteld dat de multimodale aanpak voor beide categorieën is aangeslagen. Om te beginnen kon een belangrijke vooruitgang in algemene klachten (o.m. neuroticisme) voor de beide groepen worden vastgesteld. Dit impliceert dat generalisering van klachtafname heeft plaats gevonden, inhoudende dat naast dwang meer klachten bij dwangklanten en naast fobie meer klachten bij fobieklanten waren afgenomen. Afname van klachtgedrag betekende niet vanzelfsprekend dat "gezonde" levensgebieden toenemen, zoals blijkt uit de analyse van het

proces over zelfaktualisatie. Fobieklanten hadden op het gebied van zelfaktualisatie betere scores dan dwangklanten. Op de verschillende modaliteiten : cognitie, affect en interpersoonlijke relaties, zijn blijkens de analyse van het proces een belangrijk deel van beide categorieën klanten aanzienlijk vooruitgegaan. Terwijl dwangklanten in vergelijking met fobieklanten globaal meer vooruitgingen op het gebied van rationeel denken, gingen fobieklanten in vergelijking met dwangklanten meer vooruit in assertief handelen en ontspannen voelen. De vraag is of rationeel denken bij dwangklanten mag worden vergeleken met rationeel denken bij fobieklanten. Immers dwangklanten isoleren en rationaliseren doorgaans, zodat een vooruitgang in rationeel denken bij hen een achteruitgang op het criterium kan impliceren. De resultaten wijzen uit dat fobieklanten meer dan dwangklanten ten aanzien van hun gedragsveranderingen de daad bij het woord voegden, reden waarom zij mogelijk hun vooruitgang bij follow-up wisten te continueren. Waarom dwangklanten reeds na de wachttijd gunstig scoorden op de dimensies algemene klachten en rationeel denken valt niet eenduidig uit te leggen. Mogelijk hebben hier non-specifieke factoren als hoop een rol gespeeld. Een verklaring voor vooruitgang op rationeel denken valt niet te geven.

Op treknivo vonden weinig veranderingen plaats, zoals blijkt uit de resultaten op de 5 schalen van MMPI. Verandering ten gunste werd alleen gekonstateerd op somatisering bij dwangklanten. Dit kan alleen betekenen dat als gevolg van de behandeling dwangklanten meer dan fobieklanten inzicht in hun eigen psychisch functioneren wisten te verwerven. Meer specifiek : Zij waren relatief beter in staat functioneel-somatische klachten terug te vertalen in emotionele c.q. relationele termen, hetgeen de doelstelling was van de inzichtstraining. Het verwerven van inzicht alleen is echter, zoals ook blijkt uit het feit dat dwangklanten in vergelijking met fobieklanten terugvielen, niet voldoende om gedragsverandering te bewerkstelligen. Kennelijk verkrijgt men therapeutische effecten pas dan wanneer men naar het nieuwe inzicht handelt en dat kan alleen als men ook emotioneel inzicht heeft verworven. Misschien werd juist dat niet bereikt bij dwangklanten.

Uit analyses met betrekking tot effect op lange termijn in relatie tot het proces hebben blijkens de resultaten, degenen die baat hadden over het algemeen ook meer profijt van het klinisch behandelingsprogramma dan degenen die geen baat hadden. Dit geldt in het bijzonder voor algemene klachten, rationeel denken, ontspannen voelen en assertief handelen, waarbij in het laatste geval zij aangetekend dat dwangklanten die geen baat hadden relatief weinig last bleken te hebben van assertiviteitsproblemen. Gezien in het licht van klinische observaties is dit resultaat enigszins verwonderlijk, daar deze klanten over het algemeen een betrekkelijk agressieve indruk maakten, zij het op ingehouden wijze. Het kan zijn dat deze klanten het verschil tussen agressiviteit en assertiviteit niet goed konden onderscheiden, dan wel dat zij assertiviteitsproblemen loochenden. Hoe dan ook, dwangklanten die zeggen assertief te zijn, bleken op de criteriumvariabelen uiteindelijk geen baat van de klinische behandeling te hebben gehad.

De bevindingen geven geen aanleiding tot fundamentele wijzigingen van het behandelingspakket en ondersteunen de werkzaamheid van een multimodale strategie, die geënt is op een technisch-eclectische methodiek. Duurzaam

sukses blijkt te zijn bewerkstelligd door klanten die in de verschillende gedragsmodaliteiten probleemoplossende vaardigheden zich eigen wisten te maken en deze ook in hun leefwijze konden integreren. Resultaten op het gebied van algemene klachten rechtvaardigen de konklusie dat vooruitgang behalve in dwang en fobie ook in andere bijkomende klachten werd bewerkstelligd. Dit resultaat is van belang daar op grond hiervan kan worden gesteld dat het fenomeen "symptoom substitutie" blijkbaar is uitgebleven. Het feit dat "symptoom substitutie" niet was opgetreden spoort met de onderzoeksgegevens van Sloane et al.. Kennelijk is "symptoom substitutie" een sporadisch voorkomend verschijnsel, waarvan het de moeite waard is om de kondities van het optreden ervan nader te onderzoeken. Vanuit een leermodel kan worden gespekuleerd dat klachtgedrag eerst in het repertoire aanwezig moet zijn voordat het als "symptoom" zich kan manifesteren. Terugval in het oude "symptoom" gedrag werd daarentegen konform eerdere bevindingen van Lazarus naar verhouding veelvuldiger gekonstateerd. In het bijzonder deed terugval zich voor bij dwangklienten hetgeen reden geeft tot bijstelling van het therapieprogramma voor dwang. Gedacht kan worden aan intensivering van de groepstrainingen, gezien de hoge mate van subassertiviteit in het bijzonder van de assertiviteitstraining. Om het isoleren te doorbreken zou daarbij kunnen worden gedacht aan de invoering van striktere individuele gedragstraining (i.c. flooding en respons preventie) dan tot nog toe gedaan werd. Duurzame resultaten kunnen voorts worden bevorderd door de generalisering van de nieuw geleerde gedragingen nadrukkelijker dan voorheen te programmeren.

Op grond van de resultaten van het onderzoek over het proces kan de slotkonklusie worden getrokken dat klinische multimodale gedragstherapie grotendeels aan haar doelstelling heeft beantwoord doordat therapeutische verandering in een breed spektrum van gedragsdimensies heeft plaatsgevonden.

Over de voorspelbaarheid.

Factoren die behandelingseffekten kunnen voorspellen ontbreken in de literatuur over psychotherapie c.q. gedragstherapie bij dwang en fobie. In dit onderzoek werd een poging gedaan factoren die het effect van klinische multimodale gedragstherapie vermogen te voorspellen, te achterhalen.

In de eerste plaats werd gekeken naar de "drop outs" waarvan in elk geval kan worden gezegd dat zij geen baat van de therapie hebben gehad. Het gevonden "drop out" percentage (12 %) is beduidend lager dan het gemiddelde percentage voor klanten in de ambulante psychotherapie (40 %) en voor klanten in de klinische psychiatrie (open afdeling 55 %). In dit onderzoek werd gevonden dat "drop outs" afkomstig zijn uit betrekkelijk lage sociaal-ekonomische milieu's, hetgeen overeenstemt met bevindingen uit de literatuur. Dit feit onderscheidt hen echter niet van klanten die de therapie wel afmaakten, daar de meerderheid van hen eveneens uit lagere sociale klassen afkomstig was. Kenmerkend is wel dat de "drop outs" daarbij alleenstaand waren en in hun levensonderhoud door anderen werden

voorzien. Opvallend was ook dat "drop outs" de vragenlijsten gebrekkig dan wel geheel niet invulden.

Het valt te overwegen om het "drop out" fenomeen te beperken door in de beginfase van de behandeling de therapie te richten op verhoging van de motivatie. Dit zou kunnen gebeuren door voorlichting en inductie van positieve en realistische verwachtingen over de residentiele behandeling. Teneinde dit na te streven is inmiddels een wachtlijstgroep in het leven geroepen waarin klanten in spe een steunend-structurende pretherapie krijgen aangeboden waarbij informatie wordt gegeven over de werkwijze.

Algemeen-biografische gegevens, met name geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, opleiding en religie blijken weinig voorspellende waarde te hebben. Er was een lichte tendens te bespeuren dat vooral de jongere getrouwde vrouwen baat hadden van de klinische behandeling. Opleiding bleek er niet zo erg veel toe te doen. Dit is opvallend omdat in de psychotherapieliteratuur opleidingsnivo beschouwd wordt als belangrijk selectiekriterium. Of opleiding een rol speelde kan niet goed worden nagegaan gezien het feit dat alle klanten over het algemeen een laag gemiddeld intelligentienivo hadden. Een dergelijk nivo dienden de klanten ten minste te hebben om voor de therapie in aanmerking te komen, omdat cognitief leren een belangrijk onderdeel van het behandelingsprogramma vormt. Dwangklanten die religieus waren, bleken naar verhouding meer vooruit te gaan, op grond waarvan mag worden gesteld dat het hebben van een geestelijke achtergrond mogelijk bevorderend werkte voor de therapie.

Klinisch-diagnostische gegevens hadden eveneens slechts een bescheiden voorspellend vermogen. De meerderheid van degenen die duurzaam vooruitgingen hadden althans binnen deze betrekkelijk zware groep een in vergelijking lichtere vorm van dwang of fobie, rapporteerden minder of geen additionele klachten en gebruikten bij opname geen psychofarmaca. Dit resultaat komt overeen met gegevens uit onderzoek van Sloane et al.. De klanten die duurzaam vooruitgingen konden ook duidelijk aangeven dat zij te kampen hadden met relationele problemen. Het leek erop of zij reeds inzicht hadden in het verband tussen hun klachten en inter- dan wel intrapersoonlijke problemen en dat zij reeds wisten dat tegen dwang of fobie geen medicijn is opgewassen. Dit impliceert dat zij reeds zelf de verantwoordelijkheid droegen voor hun klachten en dat zij desgevolg ook realistische verwachtingen ten aanzien van de therapie koesterden.

Resultaten uit het onderzoek naar voorspellende factoren, i.c. persoonlijkheidsvariabelen, therapievariabelen en de combinatie van beide variabelen, brachten aan het licht dat een gunstig effect op lange termijn in geval van dwang voorspelbaar was bij intelligente klanten die optimistisch van aard en niet wantrouwend zijn en bij wie zelfontplooiing gebrekkig was. Gezien in de literatuur gegevens over voorspellervariabelen van gedragstherapie bij dwang niet voorhanden zijn, kunnen deze resultaten niet worden vergeleken. In het geval van fobie blijkt effect op lange termijn voorspelbaar bij klanten met overwegend fobische klachten die tot zelfaktualisatie zijn gekomen, die niet zelfdefensief zijn en die moeite hebben in de omgang met anderen. Zij hebben voorts minder algemene klachten, hebben geen dwangklachten en rapporteren een lage "arousal" nivo. Deze laatste gegevens zijn konform de resultaten uit de literatuur zoals Gelder en Marks hebben gevonden.

Wanneer men de resultaten van dit onderzoek nader onder ogeschouw neemt, dan blijkt dat het verschil in voorspellende factoren voor dwang en fobie groot is. Er kunnen geen algemene konklusies worden getrokken die op de beide categorieën klanten van toepassing zijn. Terwijl de voorspellende factoren van fobieklienten zich tot een samenhangend profiel laten interpreteren, komen in de voorspellende factoren van dwangklanten moeilijk te interpreteren tegenstrijdigheden voor. Met name is rigiditeit en negativisme enerzijds en zelfwaardering en niet-verongelijkheid anderzijds een moeilijke combinatie.

Het is op grond van de resultaten niet duidelijk of de gevonden voorspellende factoren bij daadwerkelijke kruisvalidatie de toets der kritiek kunnen doorstaan. In de literatuur wordt beweerd dat persoonlijkheidskenmerken en therapievariabelen behandelingseffekten slechts in geringe mate kunnen voorspellen. Hier werd een aantal betekenisvolle factoren gevonden die zo gespreid zijn dat ze in de groep minder gewicht in de schaal leggen. Niettemin kunnen deze factoren voorlopig worden gebruikt ten dienste van de indikatiestelling. Gezien de magere resultaten die dit soort variabelen opleveren verdient het aanbeveling in het vervolg op zoek te gaan naar "andersoortige" variabelen. Op grond van het feit dat klinische multimodale gedragstherapie kan worden opgevat als een proces van emotionele (her)opvoeding, kan in toekomstig onderzoek worden gekeken naar het voorspellend vermogen van de stijl van opvoeding die klanten hebben gehad. Preliminair onderzoek over de voorspellende kwaliteiten van (waargenomen) opvoedingsstijlen is reeds in een follow-up projekt in gang gezet.

SAMENVATTING

HOOFDSTUK 1.

Sedert 7 jaar funktioneert in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis* een residentiele Afdeling Gedragspsychotherapie (AG) alwaar klanten met ernstige neurotische klachten, in het bijzonder dwang en fobie, gedragstherapie kunnen volgen. Deze behandelingsmethode is geënt op het leerpsychologische model. De AG is op te vatten als een "internaat voor levensproblemen". Aan het hoofd staat een klinisch-psycholoog/gedragstherapeut, die als "scientist-practitioner" in teamverband deze behandelingsvorm gestalte geeft. De gestructureerde werkwijze is door auteur dezes ontwikkeld. Klanten worden van meet af aan voorgelicht over het leermodel met al zijn konsekwenties, zoals bijv. het verrichten van huiswerk en het hanteren van een maximum opnameduur. Dit om de verwachtingen over de opname op de realiteit te kunnen afstemmen. Om de motivatie te verhogen, is het een en ander tijdens de verblijfsduur gestructureerd en wordt er regelmatig geevalueerd. Ofschoon kosten-baten analyse heeft uitgewezen dat AG efficiënt werkt, kunnen duidelijke uitspraken pas na wetenschappelijke evaluatie van het behandelingsprogramma worden gedaan.

HOOFDSTUK 2.

Gedragstherapie volgens een multimodale strategie is door Arnold Lazarus, een van de grondleggers van gedragstherapie, geïnnoveerd. Vanuit een multimodale optiek wordt gedrag ingedeeld in 7 te onderscheiden, maar niet te scheiden dimensies. Deze zijn : Behaviour, Affect, Sensation, Imagery, Cognition, Interpersonal relationships en Drugs (BASIC-I.D.). Neurotische klachten zoals dwang en fobie, worden topografisch in termen van dit BASIC-I.D. schema geanalyseerd. Een dynamische samenhang wordt verondersteld tussen stresserende levensproblemen en klachten, die op hun beurt door verscheidene winstfactoren in stand kunnen worden gehouden (vicieuze cirkels). Multimodale functie-analyse bestaat uit de invulling van probleemkategorieën en van de cirkels, namelijk die van de cognitieve mediatie, intrinsieke "ziektewinst" en extrinsieke "ziektewinst". Multimodale strategie in een residentiele setting houdt activiteiten in welke de oplossing van levensproblemen en het doorbreken van de cirkels beogen. Uitgaande van een technisch-eclectische methodiek worden verschillende empirisch effectief gebleken procedures en technieken in verschillende settings uitgevoerd.

HOOFDSTUK 3.

Doel van het verkennend onderzoek is mogelijke effecten en processen van klinische multimodale gedragstherapie bij dwang- en fobieklienten te

* Het Sint Joris Gasthuis te Delft.

beschrijven en de voorspellende factoren met betrekking tot deze effecten op te kunnen sporen. Empirisch onderzoek naar effecten van klinische multimodale gedragstherapie is niet eerder gedaan, terwijl slechts enkele ambulante studies de toets der kritiek kunnen doorstaan. Tot nog toe zijn weinig studies uitgevoerd, welke ten doel hadden factoren met predicerend vermogen op het spoor te komen. De resultaten zijn mager. Betreffende het ontwerp van onderzoek, dat noodzakelijkerrzigs quasi-experimenteel is, is zowel aandacht geschonken aan groepsbenadering als analyse op individueel nivo. Dit naar aanleiding van het streven algemene wetmatigheden op te sporen en tevens recht te doen aan de individualiteit van de klient. Voor elke klient werd een funktie analyse opgesteld op grond waarvan de klinische behandelingen hebben plaatsgevonden. De eerder gememoreerde gedragsmodaliteiten werden gemeten op de variabelen dwang, fobie, algemene klachten, zelfaktualisatie, rationeel denken, autonome "arousal", assertief handelen en persoonlijkheidskenmerken. De variabelen waren op vijf meetmomenten van de therapie bepaald, te weten: bij intake, bij opname, na 12 weken, bij ontslag en bij follow-up. Daardoor kon inzicht worden verkregen over het therapieproces. Degenen die korter dan 6 weken op de afdeling verbleven, werden beschouwd als "drop outs". Voorspellerfactoren bestaande uit verschillende persoonlijkheidskenmerken werden gemeten bij opname. De rationale van het onderzoek is een profiel te kunnen opstellen van de kandidaat-klient bij wie een duurzaam gunstig effect is te verwachten. Ingegaan is op een aantal factoren die de interne en externe validiteit kunnen bedreigen.

HOOFDSTUK 4.

44 Ernstige dwang- en 40 ernstige fobieklienten, die op AG behandeld werden, hebben aan het onderzoek deelgenomen. 90 % Van hen was reeds eerder een of meer keren in ambulante en/of klinische behandeling geweest. 70 % Had de klacht langer dan 4 jaar en de meerderheid had te kampen met huwelijks-, c.q. gezinsproblemen. Bij follow-up, ca. 9 maanden na ontslag, is voor dwangklienten (op het criterium dwangklachten) (n=31) het volgende gevonden : 61 % is consistent vooruitgegaag, 3 % toonde op lange termijn vooruitgang, 26 % ging noch vooruit, noch achteruit en 10 % bleek op de lange duur achteruit te zijn gegaan. Voor fobie klienten (n=31) is (op het criterium fobische klachten) gevonden : 55 % consistente vooruitgang, 39 % gelijk gebleven en 6 % consistente achteruitgang. Over het geheel (dus : dwang- en fobieklienten) is er sprake van een "delayed" of "sleeper" effect bij 1.5 %, van een negatief of deterioratie effect bij 3 % en van een "relapse" of terugval effect bij 5 % van de gevallen. Al met al kan worden gesteld dat 6 op de 10 opgenomen dwang- of fobieklienten die de therapie hebben afgemaakt, blijvend baat hebben gehad, waarvan 1 a 2 sterk vooruit zijn gegaan, 2 tot 3 op de 10 zijn gelijk gebleven en 1 a 2 op de 10 zijn uiteindelijk na een aanvankelijke vooruitgang, dan wel consistent teruggefallen. 2 Van de 10 klienten waren ten tijde van follow-up elders in ambulante therapie. Kennelijk was de lijdensdruk voor hen zodanig dat therapie in een klinische setting niet meer nodig was. Analyse van de gevallen die achteruit gegaan waren, leert o.a. dat bij ontslag de "ziektewinst"

cirkels niet waren doorbroken.

HOOFDSTUK 5.

Een duurzaam gunstig effect lijkt samen te hangen met veranderingen op verscheidene gedragsmodaliteiten (denken, voelen, handelen). Dwangklanten blijken op een beperkter aantal therapievariabelen te zijn vooruit gegaan dan fobieklanten, hetgeen de terugval bij dwang en de consistente vooruitgang bij fobie kan verklaren. Over de 5 metingen gold vooruitgang, niet alleen op de criteria dwang en fobie, maar ook op andere gebieden. Dwangklanten gingen in volgorde van belangrijkheid vooruit op het gebied van : rationeel denken, algemene klachten, autonome "arousal", assertiviteit en zelfaktualisatie. Fobieklanten op het gebied van : algemene klachten, assertiviteit, rationeel denken, zelfaktualisatie en autonome "arousal". Op de variabelen somatisering en extraversie zijn er gunstige veranderingen gevonden bij dwangklanten. Bij fobieklanten was dit in mindere mate het geval. Het proces is ook onderzocht van degenen die op de criteria bij follow-up duidelijk baat hebben gehad (n,dwang 23; n,fobie 20) en degenen die geen baat hebben gehad (n,dwang 8; n,fobie 11). Op de criteria is te zien dat naar verhouding degenen die geen baat hadden aanvankelijk meer klachten hadden dan degenen die wel baat hadden. Meer van degenen die geen baat hadden, hadden in vergelijking tot degenen die wel baat hadden extreem ongunstige scores, gedurende het gehele proces op de volgende therapievariabelen : rationeel denken, assertief handelen, autonome "arousal" en algemene klachten. Een uitzondering betrof assertiviteit. Dwangklanten die baat van de therapie hadden, waren minder assertief dan degenen die geen baat hadden. De laatsten hadden relatief weinig assertiviteitsproblemen. Blijkens de resultaten is het fenomeen "symptoomsubstitutie" uitgebleven.

HOOFDSTUK 6.

Beschrijvend onderzoek naar de uitkomst van klinische multimodale gedragstherapie is overwegend bedoeld om te komen tot beantwoording van de vraag : Welke factoren kunnen een duurzaam gunstig effect voorspellen ? Dit onderwerp is tot nog toe weinig bestudeerd en voorzover gedaan is dit methodologisch zwak geschied. Ook in dit onderzoek moest worden geroeid met de riemen die er zijn. Op de eerste plaats is gekeken naar de "drop outs" die 10 % van het totaal uitmaakte (cf. 40 % voor ambulante psychotherapie en ca. 60 % voor klinische psychiatrie (open afdeling)). De "drop-outs" vulden vragenlijsten gebrekkig, dan wel helemaal niet in, hetgeen als een indicatie voor geringe gemotiveerdheid kan worden beschouwd. Klanten die evident baat hadden van het behandelingsprogramma lieten zich op biografische en diagnostische variabelen niet goed differentiëren van de andere klanten. Onderzoek naar het voorspellend vermogen van persoonlijkheidskenmerken en therapievariabelen bracht aan het licht dat dwangklanten die een duurzaam gunstig effect behaalden, zich kenmerkten door een hoge intelligentie. Voorts hadden de volgende factoren een predicerend vermogen : geringe zelfaktualisatie evenals een naar verhouding nauwelijks of geen gevoel van verongelijkheid, alsmede

rigiditeit en negativisme. Fobieklienten die een duurzaam gunstig effect behaalden waren te karakteriseren door overwegend fobische klachten, waarvan weinig dwang- en algemene klachten. Zij zijn niet al te defensief, doch vertonen submissiviteit en hebben moeite met het hanteren van sociale kontakten. Voorts hebben zij een lage "arousal" en gebieden van zelfaktualisatie. Of met deze factoren een duurzaam gunstig effect inderdaad kan worden voorspeld zal nader dienen te worden onderzocht door met name prospectief gecontroleerd onderzoek.

SUMMARY

CHAPTER 1.

For seven years a general psychiatric hospital* has had a residential department in which clients with severe neurotic complaints, especially obsessions-compulsions and phobias, can undergo behavioural psychotherapy. This method of treatment is based on the learning model, which means that the clinical behaviour therapy department can be viewed as a "boarding school for problems of living". The head is a clinical psychologist and (multimodal) behavior therapist who, as a "scientist-practitioner", gives shape to the therapy with the help of a team. The structured form of therapy and organisation have been developed by the author. No previous descriptions in the literature exist. Clients are informed right from the start about the learning model and all that it entails, such as doing homework and the imposition of a maximum admission time, in order to enable them to adjust their expectations to reality. To increase motivation, the admission period has been structured and there are regular evaluations. Though cost-benefit analysis has shown that the residential behaviour therapy department functions efficiently, clear-cut statements can be made only after programme evaluation research has been carried out.

CHAPTER 2.

Behaviour therapy employing a multimodal strategy was introduced by Arnold Lazarus, one of the "founding fathers" of behaviour therapy. From a multimodal viewpoint behaviour is divided into seven distinct but inseparable dimensions, the BASIC-I.D. These are: Behaviour, Affect, Sensation, Imagery, Cognition, Interpersonal relationships and Drugs. Neurotic complaints as obsession, compulsion and phobia are analysed topographically in terms of the seven dimensions. A dynamic relation is assumed between problems of living and complaints, which in turn can be perpetuated by vicious circles. Multimodal analysis consists of filling in functional problem categories and the vicious circles in terms of the BASIC-I.D. Vicious circles are recognized, namely those of cognitive mediation, intrinsic (or primary gain) and extrinsic (or secondary gain). Multimodal strategy in a residential setting provides activities, designed to solve the problems and break the circles. Based on a technical eclecticism in the methodology, various procedures and techniques which have been found to be effective empirically are applied in different settings.

CHAPTER 3.

The purpose of this exploratory and descriptive research is to investigate the effect (and the process) of residential behaviour therapy employing a multimodal strategy for obsessive-compulsives and phobics in order to

* Het Sint Joris Gasthuis, Delft (The Netherlands).

discover the prognostic factors for a favourable outcome. Empirical outcome research has not previously been undertaken in the field of residential behaviour therapy, while few out-patient studies will bear critical examination. Few studies aimed at discovering predictive variables have yet been carried out and the results have been meagre. To answer the above question a middle-course was chosen. The reason for this methodological choice lay in a desire to discover general principles and at the same time to do justice to the client's individuality. The research design was necessarily quasi-experimental. A multimodal functional analysis was drawn up for each client and formed the basis for clinical treatment. The method of measurement was multimodal, which meant among other things that questionnaires were completed for obsessive-compulsive complaints, phobic complaints, general complaints, self-actualization, rational thinking, autonomic "arousal", assertiveness and personality traits. The variables were measured at several stages of the therapy, namely : intake, admission, after 12 weeks, discharge and follow-up. This made it possible to obtain an indication as regards the therapy process. Those who stayed in the department less than 6 weeks were regarded as drop-outs. Prognostic factors consisting of various psychometrically determined personality traits were assessed at the time of admission. The rationale of the study was the ultimate objective of being able to draw up a profile of the candidate client in whom a lasting favourable effect can be expected. Attention was drawn to a number of factors which could threaten the internal and external validity.

CHAPTER 4.

The subjects were 44 severe obsessive-compulsive clients and 40 severe phobic clients who were treated in the residential behavior therapy department. 90 % Of them had previously undergone out-patient and/or in-patient treatment on one occasion or more; 70 % had had the complaint longer than 4 years and the majority had problems in their marital or family relationships. In the follow-up approximately 9 months after discharge, the findings for the obsessive-compulsive clients (n=31) (on the criterium obsessive-compulsive complaints) were : 61 % consistent improvement, 3 % ultimate improvement, 26 % unchanged and 10 % ultimate deterioration. The findings of the phobic clients (n=31) (on the criterium phobic complaints) were : 55 % consistent improvement, 39 % unchanged and 6 % persistent deterioration. Taking the entire population under study, a delayed or "sleeper" effect was found in 1.5 % of the cases, a negative or deterioration effect in 3 % and a relapse effect in 5 %. All in all it can be said that 6 out of 10 of the obsessive-compulsive or phobic clients admitted who completed the therapy displayed a lasting improvement (1 to 2 of them displayed a great lasting improvement). 2 to 3 out of 10 were unchanged and 1 to 2 out of 10 relapsed or displayed persistent deterioration. 2 Out of 10 clients were undergoing out-patient therapy elsewhere at follow-up. Evidently the level of distress had been sufficiently reduced for these clients that therapy in a residential setting was no longer necessary. Analysis of the cases that had deteriorated showed that in all of them the circles of primary

and/or secondary gain were unbroken at the time of discharge.

CHAPTER 5.

A lasting favourable effect is linked to changes in the separate modalities. This is in accordance with research findings that behavioural dimensions (thinking, feeling, acting) function relatively independently of one another and also change relatively independently of one another. Obsessive-compulsive clients improved on less therapy variables than phobic clients, which can explain the relapse for obsessive-compulsives and the consistent improvement for phobics. Improvement did occur not only on the criteria obsession-compulsion and phobia but also in other areas. Obsessive-compulsives improved in order of importance in : rational thinking, general complaints, autonomic "arousal", assertiveness and self-actualization. Phobics improved in the following order of importance : general complaints, assertiveness, rational thinking, self-actualization and autonomic "arousal". A strong favourable change was found in obsessive-compulsive clients and to a lesser extent in phobic clients on the variable somatization and extraversion. The process was also examined of those who in the follow-up had benefited on the criteria (n,obsession-compulsion 23, n,phobia 20) and those who had not (n,obsession-compulsion 8, n,phobia 11). More of those who did not benefit had more complaints initially than of those who did benefit. Compared with those who did benefit, more of those who did not benefit had extremely unfavourable scores throughout the entire process on the therapy variables : rational thinking, assertiveness, autonomic "arousal" and general complaints. One exception was found, namely that obsessive-compulsive clients who benefited from the therapy were less assertive than clients who derived no benefit. The last category had relatively few assertiveness problems. According to follow-up results, the phenomenon of "symptom substitution" was absent.

CHAPTER 6.

Descriptive research on the outcome of residential multimodal behavior therapy is ultimately intended to provide an answer to the question : Which factors can predict a lasting favourable effect ? Thus far little research has been done on this subject, and such as has been done has been carried out in a deficient manner and produced equally deficient results. In this project the conditions for research were far from sufficient too. First of all, the drop outs were looked at. These constituted 10 % of the total number of clients in this inquiry (cf. 40 % for out-patient psychotherapy and approximately 60 % for clinical psychiatry (open department)). A motivational difference was detected, notably the clinical fact that they filled in questionnaires incompletely or not at all. Clients with a lasting favourable effect were not distinguishable on the investigated biographical and diagnostic variables. They were to some extent on clinical diagnostic variables. Research on the prognostic value of a number of personality traits and therapy variables revealed that obsessive-compulsive clients who achieved a lasting favourable effect were

intelligent. Prognostic were the factors : optimism and trustfulness on the one hand and rigidity, negativism and no self-actualization on the other hand. Phobic clients who achieved a lasting favourable effect were characterized by having mainly phobic complaints (and few obsessive-compulsive and general complaints). They are not defensive in their attitude. They are submissive and experience difficulties in socializing. They have low levels of "arousal" and high tendencies of self-actualization. Further controlled prospective research must be undertaken to determine whether these factors can indeed predict a favourable therapeutic outcome.

Appendix 1.A. ZELFKONTRAKT

Ik ga ermee akkoord onderstaand kontrakt zo goed mogelijk na te komen en alle
konsekwenties ervan te aanvaarden. Niets van dit kontrakt mag worden veranderd
zonder instemming van alle betrokkenen.

Globale (36) / Algemene (12) / Specifieke (3)

Gedragdoelstellingen:	Moeilijkheidsgraad	{ 0 - 100}
1.		°
2.		°
3.		°
4.		°
5.		°
6.		°
7.		°
8.		°
9.		°
10.		°

Positieve konsekwenties:

1.
2.
3.

Negatieve konsekwenties:

1.
2.
3.

Dit kontrakt is geldig voor 36 / 12 / 3 weken, beginnend dd: :
en eindigend dd. :

Handtekening kontraktant : : Datum :
Handtekening onderhandelaar: Datum :

Appendix 1.B. WEEKROOSTER dd.:

	DOEL	MIDDEL	CIJFER*
MAANDAG	.. / ..		
tijd	-		
tijd	-		
tijd	-		
tijd	-		
tijd	-		
DINSdag	.. / ..		
tijd	-		
tijd	-		
tijd	-		
tijd	-		
tijd	-		
WOENSDAG	.. / ..		
tijd	-		
tijd	-		
tijd	-		
tijd	-		
tijd	-		
DONDERDAG	.. / ..		
tijd	-		
tijd	-		
tijd	-		
tijd	-		
tijd	-		
VRIJDAG	.. / ..		
tijd	-		
tijd	-		
tijd	-		
tijd	-		
tijd	-		

* 10 = uitmuntend, 9 = zeer goed, 8 = goed, 7 = ruim voldoende, 6 = voldoende,
5 = onvoldoende, 4 = ruim onvoldoende, 3 = slecht, 2 = zeer slecht, 1 = allerberoerdest.

Appendix 1.C. ZELFBEOORDELINGSSTAAT

	Z E L F B E O O R D E L I N G S S T A A T											
Dagen	week 1	week 2	week 3	week 4	week 5	week 6	week 7	week 8	week 9	week 10	week 11	week 12
maandag dinsdag woensdag donderdag vrijdag												
week	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
weekend												
Dagen	week 13	week 14	week 15	week 16	week 17	week 18	week 19	week 20	week 21	week 22	week 23	week 24
maandag dinsdag woensdag donderdag vrijdag												
week	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
weekend												
Dagen	week 25	week 26	week 27	week 28	week 29	week 30	week 31	week 32	week 33	week 34	week 35	week 36
maandag dinsdag woensdag donderdag vrijdag												
week	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
weekend												

Betekenis cijfers: 10 = uitmuntend, 9 = zeer goed, 8 = goed, 7 = ruim voldoende, 6 = voldoende, 5 = onvoldoende, 4 = ruim onvoldoende, 3 = slecht, 2 = zeer slecht, 1 = allerberoerdst.

Betekenis percentage: 0 - 50% = beter, 51 - 75% = veel beter, 76 - 100% = zeer veel beter.

CURRICULUM VITAE

- 1949 - Geboren te Batavia, Nederlands-Indie.
- 1968 - Eindexamen HBS-A, Mgr. Zwijsen College te Veghel (N-Br.).
- 1974 - Doctoraal examen psychologie aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen met als hoofdvak : klinische psychologie (Prof. Dr K.J.M. van de Loo en Prof. Dr M.M. Nawas) en als bijvak : Psychopathologie (Prof. Dr J.J.G. Prick).
 - Aanstelling als psycholoog aan het algemeen psychiatrisch instituut Het Sint Joris Gasthuis te Delft.
- 1975 - Gewoon lid Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- 1976 - Gewoon lid Vereniging voor Gedragstherapie.
- 1977 - Geregistreerd klinisch- psycholoog (NIP).
 - Supervisor en opleider Vereniging voor Gedragstherapie.
- 1978 - Opleider Stichting IMP Rotterdam.
- 1979 - Opleider Regionaal Opleidings-Centrum Zuid-Holland Midden.
- 1980 - Gewoon lid Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP).
- 1981 - Associate Fellow Institute for Rational-Emotive Therapy (N.Y.).
 - Opleider Post-Academisch Onderwijs (NIP).
- 1982 - Redakteur vaktijdschrift : La Technologie du Comportement.
- 1983 - Geregistreerd psycholoog-psychotherapeut (NIP).

Dit proefschrift werd bewerkt aan Het Sint Joris Gasthuis te Delft (medisch-direkteur D.H.J. van Buren), in samenwerking met de Afdeling Psychotherapie van de Erasmus Universiteit Rotterdam, onder leiding van Prof. Dr J.H. Thiel.